

Präimplantationsdiagnostik als Regelungsgegenstand österreichischer Reproduktionstechnologiepolitik

Hadolt, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hadolt, B. (2009). *Präimplantationsdiagnostik als Regelungsgegenstand österreichischer Reproduktionstechnologiepolitik*. (Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 91). Wien: Institut für Höhere Studien (IHS), Wien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-216088>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

**Präimplantationsdiagnostik als
Regelungsgegenstand
österreichischer
Reproduktionstechnologiepolitik**

Bernhard Hadolt

**Präimplantationsdiagnostik als
Regelungsgegenstand
österreichischer
Reproduktionstechnologiepolitik**

Bernhard Hadolt

April 2009

Contact:

Dr. Bernhard Hadolt
☎: +43-1-42 77 485-13
email: bernhard.hadolt@univie.ac.at

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des Projekts „Genetic Testing and Changing ‘Images of Human Life’ in the Clinical and Political Domains of Pre-Implantation Genetic Diagnosis and Pre-Natal Diagnosis“ entstanden. Ich danke dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung für die Finanzierung des Projekts im Rahmen des Programms „Genomforschung in Österreich“ (GEN-AU). Des Weiteren danke ich den ExpertInnen für ihre Bereitschaft zu einem Interview und Erich Grießler, Mariella Hager, Daniel Lehner und Anna Szyma für die hilfreichen Kommentare zu einer früheren Version dieses Texts. Anna Szyma hat den Text dankenswerterweise lektoriert.

Abstract

The study discusses the topic of preimplantation genetic diagnostic (PGD) as an object of regulation in Austrian reproductive medicine policy. It has two main focuses: On the one hand it shows the political processes and public discussions concerning PGD in Austria; on the other hand it explicates the meanings which PGD acquired in Austria in this connection. After an introduction about the relevance of PGD as an object of political regulation, about the medical-technical procedures and forms of clinical applications of PGD, the legal framework for applying PGD in Austria is presented. Then the process of policy formulation, basically covering the period between 1999/2000 and 2008, is described in detail. Finally, the meanings of PGD are discussed. It is argued that the central meanings of PGD condense around the notion of the designer baby, which can be connected both to positive and negative appraisals of PGD.

Zusammenfassung

Die Studie behandelt das Thema der Präimplantationsdiagnostik (PID) als Regelungsgegenstand in der österreichischen Reproduktionsmedizinpolitik. Sie umfasst zwei Schwerpunkte: Zum einen stellt sie dar, wie sich die politischen Prozesse und öffentlichen Diskussionen rund um PID in Österreich bislang gestalteten; zum anderen arbeitet sie die Bedeutungen heraus, die PID in diesem Zusammenhang angenommen hat. Nach einer Einführung zur Relevanz der PID als Gegenstand für die Politik, zu den medizin-technischen Verfahren und klinischen Anwendungskonstellationen von PID werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Anwendung von PID in Österreich vorgestellt. Danach wird ausführlich der Prozess der Politikformulierung beschrieben, der im Wesentlichen den Zeitraum zwischen 1999/2000 bis 2008 umfasst. Schließlich wird auf die Bedeutungen von PID im Politikformulierungsprozess eingegangen. Es wird argumentiert, dass sich die zentralen Bedeutungen von PID um den Begriff des Designerbabys verdichten, an dem sich sowohl positive wie negative Bewertungen von PID anknüpfen lassen.

Keywords

preimplantation genetic diagnosis, PGD, reproductive medicine, gene technology, reproductive medicine policy, designer baby, Austria

Schlagwörter

Präimplantationsdiagnostik, PID, Reproduktionsmedizin, Gentechnik, Reproduktionstechnologiepolitik, Designerbaby, Österreich

Contents

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse	1
1.1 PID als medizintechnisches Verfahren und ihre klinischen Anwendungen	2
1.2 Methodisches Vorgehen	4
1.3 Forschungsinteresse und Zugang	5
2. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich	7
3. PID im Prozess der Politikformulierung	9
3.1 Die formative Phase	9
3.2 Enquete des BMJ, November 2000	12
3.3 Die PID-Stellungnahme der Bioethikkommission 2004	18
3.4 Novellierung des GTG 2005	24
4. PID im Rahmen des „Designerbabys“	32
5. Schlussbetrachtungen	41
6. Literatur	44
7. Anhang	50
7.1 Abkürzungsverzeichnis	50
7.2 Interviews	51
7.3 Stellungnahmen zum Ministerialentwurf der Novellierung des GTG 2005	52

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse

Mit Präimplantationsdiagnostik (PID) wird im Wesentlichen eine genetische Diagnostik bezeichnet, die es erlaubt, Embryonen außerhalb des Mutterleibs labortechnisch auf bestimmte genetische Eigenschaften hin zu untersuchen. Gemeinsam mit Klonen, Xenotransplantation und Stammzellenforschung gehört PID wohl zu den umstrittensten Biotechnologien im humanmedizinischen Bereich. Erstmals erfolgreich durchgeführt 1990 in Großbritannien – wo auch das erste Baby nach In-vitro-Fertilisation (IVF) geboren wurde und mit dem Schaf Dolly die erste Klonierung eines höheren Lebewesens gelang – wird PID inzwischen in vielen Ländern durchgeführt. Trotz ihrer nun beinahe zwei Jahrzehnte währenden Anwendung in der klinischen Praxis ist die Anzahl der Fälle, bei denen eine PID durchgeführt wurde, bislang gering. Aufgrund der Komplexität der Materie und den hohen medizintechnischen Anforderungen gilt PID weiterhin als „experimentelle Technologie“ (Ziegler 2004: 16).

Obwohl nur sehr wenige Personen mit PID als „NutzerInnen“, KlinikerInnen oder ForscherInnen¹ direkt zu tun haben, führte die Frage der Anwendung von PID in vielen Ländern zu beträchtlichen gesellschaftlichen Kontroversen, an denen sich neben solchen „direkt betroffenen“ Personen auch Ethikkommissionen, politische Gremien, Medien, verschiedene Interessenvertretungsorganisationen, die „Öffentlichkeit“ und nicht zuletzt die jeweiligen Gesetzgeber beteiligten. Diese Auseinandersetzung mit PID hat sich auch in der bioethischen, rechtswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Literatur niedergeschlagen (vgl. Braun 2003, Düwell 1999, Graumann 2001 und 2002, Kollek 2000, Körtner 2001 und 2003, Krones/Richter 2004, Kulnik 2001, Mieth 1999, Ziegler 2004).

Österreich gehört mit Deutschland zu den wenigen Ländern in Europa, in denen PID gesetzlich nicht erlaubt ist. Diese Arbeit setzt sich mit den politischen Prozessen auseinander, die trotz beträchtlicher Bemühungen verschiedener AkteurInnen dazu geführt haben, dass die diesbezügliche österreichische Gesetzeslage, die aus den 1980er und frühen 1990er Jahren stammt, bislang nicht geändert wurde. Die Diskussion um die rechtliche und ethische Zulässigkeit und die Grenzen von PID setzte in Österreich relativ spät ein und blieb mehr oder minder auf ExpertInnenzirkel bzw. die damit befassten Ministerien beschränkt. Im Gegensatz zur – sehr heftig geführten – öffentlichen Diskussion in Deutschland wurde PID in Österreich medial weniger und lediglich in gewissen Phasen des Politikprozesses thematisiert. Letztendlich hatte aber die mediale Präsenz scharf formulierter Kritik vonseiten Betroffenen- und Lebensschutzorganisationen an Versuchen, PID zumindest im beschränk-

¹ Wo leicht möglich verwende ich geschlechterneutrale Formulierungen. Bei allzu sperriger Schreibweise verzichte ich jedoch auf eine Benennung des weiblichen Teils der Bezeichnungen.

ten Rahmen zuzulassen, wesentlichen Anteil daran, dass die Gesetzeslage nicht geändert wurde.

1.1 PID als medizintechnisches Verfahren und ihre klinischen Anwendungen

Da eine PID nur an einem Embryo außerhalb des Mutterleibs durchgeführt werden kann, stellt sie keine „eigenständige“ Technologie dar, sondern braucht IVF als „Plattform“, mittels derer extrakorporale Embryonen hergestellt werden. Üblicherweise umfasst eine IVF-Behandlung die hormonelle Stimulation der Eierstöcke (um pro Zyklus gleich mehrere Follikel und damit Eizellen reifen zu lassen), das Abpunktieren der Eizellen in den Eierstöcken, die Befruchtung in vitro und den Rücktransfer der Embryonen in die Gebärmutter. Bevor der Embryotransfer stattfindet, kann der Embryo mittels PID auf chromosomaler und/oder molekulargenetischer Ebene untersucht werden. PID stellt in gewissem Sinne eine Nachfolgetechnologie von IVF dar (vgl. Franklin 2006). Durch ihre untrennbare Anbindung an IVF involviert PID nicht nur ihre eigenen technischen, ethischen, rechtlichen und sozialen Herausforderungen und Problembereiche, sondern auch jene von IVF (medizinische Risiken für Frau und Kind, die physischen und psychischen Belastungen für die betroffenen Frauen bzw. Paare während eines IVF-Zyklus, die Kostenfrage, die Kommerzialisierung von menschlicher Fortpflanzung, die Schaffung von „ungewöhnlichen“ Verwandtschaftsverhältnissen, die Herstellung „überzähliger“ Embryonen etc.). PID ist damit die erste in der klinischen Praxis etablierte Biotechnologie, welche die Bereiche der *assistierten Reproduktionstechnologien* (ART)² und Gentechnik auf sehr enge Weise miteinander verknüpft.

Damit rücken die beiden technologischen Gebiete „Gentechnologie“ und „Reproduktionstechnologie“ – nachdem sie sich Ende der 1980er Jahre als eigenständige Themenbereiche voneinander getrennt hatten – wieder sehr nahe aneinander heran. Das betrifft sowohl die technischen Verfahrensweisen und klinischen Anwendungen als auch die ethischen, rechtlichen und sozialen Implikationen. Freilich ist für diese Verknüpfung der beiden Technikbereiche nicht nur PID verantwortlich, sondern auch die Diskussion um Xenotransplantation, Klonen und v. a. die Stammzellendiskussion – Technologien, die ebenfalls auf dem Vorliegen extrakorporaler Embryonen aufsetzen, die bislang aber klinisch nicht oder nur bedingt zur Anwendung kamen.

² Unter ART können in vereinfachter Weise verstanden werden „those techniques where egg and sperm are not brought together (or an embryo is not created) through sexual intercourse, but rather through medical intervention“ (Goggin et al. 2004: 3).

Im Wesentlichen werden – zumindest in deutschsprachigen Ländern – zwei Formen von PID unterschieden: Bei der *Biopsie der Blastozyste* (dem Embryo im Achtzellstadium) wird dem Embryo eine Zelle entnommen, um genetisch untersucht zu werden. Bei der Polkörperdiagnostik werden nicht Embryonen, sondern die beiden Polkörper der Eizelle, die im Zuge der Reifeteilung entstehen, auf genetische Eigenschaften hin untersucht. Im Vergleich zur Blastozystenbiopsie gilt bei dieser Methode u. a. als Vorteil, dass kein Embryo geschädigt wird und dass keine oder wesentlich geringere ethische Probleme damit verbunden sind. Polkörperdiagnostik hat u.a. jedoch den Nachteil, dass nur die Erbanlagen mütterlicherseits untersucht werden können, bei der Blastozystenbiopsie hingegen die Erbanlagen des Embryos, was medizinisch aussagekräftiger ist als bei Polkörperdiagnostik.³

Es soll hier angemerkt sein, dass unter PID international meist die Gendiagnostik an der Blastozyste verstanden wird; Polkörperdiagnostik spielt kaum eine Rolle. Für die österreichische Diskussion um PID trifft dies bis 2005 ebenfalls zu; Polkörperdiagnostik wird vor 2005 lediglich vereinzelt erwähnt (Bundesministerium für Justiz 2001: 183).⁴ Nachdem im Herbst 2005 die Gesetzeslage zu PID nicht verändert wurde und Blastozystenbiopsie damit weiterhin verboten blieb, wurde Polkörperdiagnostik im stärkeren Ausmaß als Alternative und unter dem Überbegriff PID in die klinische Praxis und mediale Diskussion eingeführt. Von zentraler Bedeutung ist Polkörperdiagnostik in deutschsprachigen Ländern deshalb, da sie – im Unterschied zur Blastozystenbiopsie – als gesetzlich zulässig gilt. Das dürfte auch ein bedeutender Grund dafür sein, warum Deutschland und Österreich zu den Ländern gehören, in denen Forschung zu Polkörperdiagnostik am intensivsten betrieben wird (vgl. Ziegler 2004: 29).

PID wird mit einem weiten Spektrum von möglichen Indikationen für ihre Anwendung in Zusammenhang gebracht, u.a.

- mit genetisch oder chromosomal verursachten Krankheiten, die während der Schwangerschaft oder „kurz“ nach der Geburt zum Tod des Fötus/Kindes führen, um einem Paar, bei dem ein entsprechendes Vererbungsrisiko der Krankheit diagnostiziert wurde, zu einem gesunden Kind zu verhelfen;
- mit genetisch oder chromosomal verursachten „schweren“ (aber nicht unmittelbar lebensbedrohlichen) Krankheiten, um einem Paar mit einem entsprechenden Vererbungsrisiko zu einem gesunden Kind zu verhelfen („embryopathische Indikation“);

³ Ausführliche, aber nichtsdestotrotz verständliche Beschreibungen der involvierten Teiltechniken, Artefakte, Substanzen und Arbeitsprozedere, die sich zu verschiedenen Arten von PID zusammensetzen, finden sich in Ziegler (2004), Hengstschläger (2006) und Franklin (2006). Letztere zeichnet auch die Entwicklungs- und Anwendungsgeschichte von PID nach.

⁴ In den österreichischen Printmedien findet der Begriff der Polkörperdiagnostik erst Mitte 2005 erstmals Erwähnung (Der Standard, 2.7.2005).

- mit gehäuftem Scheitern von IVF, um die Erfolgsrate von IVF-Zyklen zu erhöhen;
- zur Geschlechtsbestimmung, um die Vererbung von Krankheiten ausschließen zu können, die über die Geschlechtschromosomen vererbt werden;
- mit gehäuften Schwangerschaften mit Frühaborten, um nur Schwangerschaften mit solchen Embryonen zuzulassen, die für eine Geburt erfolgsversprechend sind;
- mit genetisch oder chromosomal verursachten „leichteren“ Krankheiten, Krankheiten mit geringer genetischer Penetranz sowie bei spät manifestierenden Krankheiten, um einem Paar mit einem entsprechenden Vererbungsrisiko zu einem gesunden Kind zu verhelfen;
- als generelle Screeningmethode bei IVF, um durch Ausschluss von geschädigten Embryonen die Schwangerschaftsrate zu erhöhen;
- zur Diagnose von gewünschten genetischen Eigenschaften des Embryos zu Heilzwecken anderer Personen (etwa um als Kind als KnochenmarkspenderIn infrage zu kommen);
- zur Geschlechtsbestimmung aus nichtmedizinischen Gründen (*social sexing*); und
- zur Diagnose von gewünschten genetischen Eigenschaften des Embryos ohne Heilbezug (zur Bestimmung der Augenfarbe, Körpergröße, Intelligenz etc.).

Die ethische und rechtliche Zulässigkeit dieser Indikationen wird unterschiedlich bewertet. Tendenziell jedoch finden die in dieser Aufzählung weiter oben stehenden Indikationen für eine zulässige PID mehr Zustimmung als die weiter unten stehenden.

1.2 Methodisches Vorgehen

Die in dieser Arbeit verwendeten Daten stammen hauptsächlich aus ExpertInneninterviews, einer Medienrecherche und einer Recherche über offizielle Dokumente zum Gesetzgebungsprozess. Daneben wurden auch die Inhalte von Webpages von politikrelevanten AkteurInnen und Material wie Informationsbroschüren, wie sie von Interessenorganisationen herausgegeben werden, untersucht. Datenerhebung und -analyse wurden durch eine Literaturrecherche ergänzt.

Im Zeitraum September bis November 2008 führte der Autor Interviews mit neun ExpertInnen durch: einer Beamtin des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) ([I1]), einem Beamten des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) ([I2]), drei Vertreterinnen von Behinderten- bzw. Lebensschutzorganisationen (wobei ein Interview mit zwei Vertreterinnen geführt wurde; [I3] und [I4]), einem Mitglied der „Bioethikkommission des Bundeskanzlers“ (BEK oder kurz Bioethikkommission) ([I5]), einem Mitglied der „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ ([I6]), einem Politiker, der sich schwerpunktmäßig mit Anliegen von Behinderten auseinandersetzt ([I7]), und einem Vertreter einer Interessenorganisation für Humangenetik ([I8]). Die ExpertInnen wurden auf Basis einer ersten Analyse von Medienberichten und Literaturstudien zum Thema ausgewählt und repräsentieren wichtige Stakeholdergruppen des Politikprozesses. Die Interviews, die zwischen 70 und 150 Minuten dauerten, wurden mit einem Audioaufnahmegerät aufgezeichnet und transkribiert. Auszüge aus den Transkripten werden unter Angabe des entsprechenden Interviewkürzels (alle InterviewpartnerInnen wurden anonymisiert) und der Zeilennummern im Transkript zitiert. Auffällige Betonungen werden durch Großbuchstaben markiert (ETWA SO). Erklärungen, die zur besseren Verständlichkeit in Zitate eingefügt wurden, sind durch eckige Klammern ausgewiesen. Zur besseren Lesbarkeit wurden Textpassagen vorsichtig redigiert, ohne jedoch in deren Sinn einzugreifen.

Die Medienrecherche wurde zum einen im Onlinearchiv „Bizeps-Info“ des Vereins „BIZEPS – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben“⁵ durchgeführt. Zum anderen wurden Beiträge zum Thema PID in österreichischen Printmedien gesichtet, die in der Literaturlatenbank „wiso praxis“⁶ enthalten sind.

Die Auswertung und Analyse des Datenmaterials orientierte sich an Prinzipien der Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996) und der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003).

1.3 Forschungsinteresse und Zugang

In diesem Text verfolge ich zwei Ziele: Da solches bislang nur bedingt vorliegt⁷, geht es zum einen darum, relativ ausführlich darzustellen, wie sich die politischen Prozesse und öffentlichen Diskussionen rund um PID in Österreich gestalteten. Das betrifft im Wesentlichen den Zeitraum zwischen 1999/2000 bis 2008. Aufgrund der engen Verflechtung

⁵ vgl. <http://www.bizeps.or.at/bizeps/>

⁶ vgl. http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=onb&colors=&ocolors=&lett=fs&titel_id=7789

⁷ Kürzere Darstellungen mit anderen Schwerpunktsetzungen finden sich in Schultz et al. (2007) und Biegelbauer/Grießler (2009).

dieser Prozesse mit dem IVF-Diskurs der 1980er Jahre gehe ich aber auch auf die Zeit vor den 2000er Jahren als formative Phase der PID-Diskussion ein.

Vor diesem Hintergrund arbeite ich zum anderen heraus, welche Bedeutungen PID in Österreich als neuartige Biotechnologie der „assistierten Vererbung“ (Franklin 2006) angenommen hat. Damit schließe ich an das Konzept der „Images of Human Life“ (IHL) an, das im Projekt „LIFE“, in dessen Rahmen diese Arbeit entstanden ist, eine zentrale Stellung einnimmt.⁸

Die Auseinandersetzung mit IHL erfolgte im Projekt „LIFE“ zunächst auf der thematisch-inhaltlichen Ebene, indem jene Themenfelder abgesteckt und inhaltlich gefüllt wurden, in denen die Auseinandersetzung mit „Leben“ eine zentrale Rolle spielt (Hager/ Griesler 2008, Lehner 2009). In der taxonomischen Auflistung von Bedeutungsfeldern werden IHL hier topisch gedeutet, wobei ihre Spezifität in den Verhältnissen zwischen IHL und den jeweiligen Topoi gesucht wird: IHL *und* „life itself“, IHL *und* Frau/Mutter/Paar, IHL *und* Schwangerschaft. Im Anschluss daran führt Lehner in Anknüpfung an diskursanalytische Konzepte, wie sie Laclau und Mouffe erarbeitet haben, hinsichtlich einer mehr konzeptuellen bzw. analytischen Bestimmung von IHL aus: *„Als IHL können nun alle Konzepte, Deutungen und Inhalte bezeichnet werden, die mit dem Signifikanten ‚Leben‘ verbunden werden“* (Lehner 2009: 19; kursiv im Original). .

Im Folgenden werden unter „Bilder des menschlichen Lebens“ jene multivokalen Symbole verstanden, die an zentraler Stelle den Begriff des menschlichen Lebens, insbesondere *life itself* – im Sinne von „molekularisiertem“ Leben und „nacktem“ Leben (vgl. Rose 2001, 2007) – involvieren. Ich referiere dabei auf Victor Turners Konzeptionen zur Wirkungsweise von Symbolen, der er im Rahmen seiner ritualtheoretischen Arbeiten nachgegangen ist (Turner 1974). Symbole (Artefakte, Begriffe, Tätigkeiten, räumlich Arrangements etc.) sind laut Turner deshalb multivokal, weil sie u. a. wegen ihrer semantischen Offenheit in der Lage sind, vielfältige Bezüge zu anderen Bedeutungen in einem dynamischen kognitiven und affektiven Feld zu verdichten. Dabei werden immer bestimmte Bedeutungen selektiert, betont und organisiert und andere unterdrückt und ausgeschlossen. Die bedeutungsstiftende Macht von multivokalen Symbolen gründet sich in ihrer Multidimensionalität: Sie sind kognitiv (sie verweisen auf bestimmte Werte und Ideen), affektiv (sie erzeugen bestimmte Emotionen) und aktualisieren Erinnerungen. Als Operatoren in sozialen Transformationsprozessen und über deren Manipulation lässt sich damit auch das kognitive und affektive Feld der betreffenden Symbole verändern.

⁸ Im Projekt „LIFE“ werden die „Bilder“, die in einer Gesellschaft über „menschliches Leben“ bestehen, anhand der Themenkomplexe Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik untersucht. Im Projekt werden hierfür praxistheoretische Zugänge nutzbar gemacht (vgl. <http://www.ihs.ac.at/steps/humanlife/>). In diesem Zusammenhang sei auch auf die Arbeitsgruppe STEPS am Institut für Höhere Studien verwiesen, in der praxeologische Ansätze bereits seit Längerem bearbeitet werden (vgl. <http://www.ihs.ac.at/steps/index.html>).

Der grundlegenden Konzeption des Projekts „LIFE“ entsprechend verwende ich einen praxistheoretischen Zugang. Ich gehe dabei davon aus, dass die verschiedenen Bedeutungen von PID u. a. über dessen Verknüpfung mit – oder „Rahmung“ in – solchen multivokalen Symbolen in „sozialen Praktiken“ entstehen, wie sie Theodore Schatzki (z. B. 1996, 2002) in seinen sozialontologischen Überlegungen konzeptualisiert hat. Ohne hier ausführlicher auf seine Theorie des Sozialen eingehen zu können, stellt Schatzki (im Unterschied zu anderen PraxistheoretikerInnen wie Hörning 2001 und Reckwitz 2002) soziale Praktiken jeweils bestimmte soziale Ordnungen (oder Arrangements) zur Seite, die durch die jeweilige soziale Praktik hervorgebracht werden. Diese Ordnungen bestehen aus Menschen, Artefakten, Organismen und Dingen. PID kann als Teil solcher sozialen Ordnungen verstanden werden, deren Bedeutung, d. h. „was etwas ist“ (Schatzki 2002: 47), u. a. in Relation zu anderen Partizipanten und den Tätigkeiten entsteht, die in der dazugehörigen sozialen Praktik ausgeführt werden (z. B. der Artikulation von multivokalen Symbolen). Was also PID „ist“, also welche Bedeutung PID in einem bestimmten Zusammenhang annimmt, ist relational und dynamisch.

Wie ich zeigen werde, war für die Bedeutung von PID in der österreichischen Diskussion das „Designerbaby“ als multivokales Symbol zentral. Über dieses Symbol und dessen Deutung wurde verhandelt, was PID *ist* und was es daher rechtlich sein *soll*, nämlich (in gewissen Grenzen) zulässig oder verboten.

2. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich

Gesetzlich maßgeblich für PID in Österreich ist zum einen das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) 1992⁹ und zum anderen das Gentechnikgesetz (GTG) 1994¹⁰. In beiden Gesetzen wird PID jedoch nicht explizit geregelt, sondern lediglich implizit. Allerdings besteht die weithin vertretene Meinung, dass nach § 9 (1) FMedG PID verboten sei. Der entsprechende Gesetzesabschnitt lautet:

⁹ Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen, sowie das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Ehegesetz und die Jurisdiktionsnorm geändert werden (275. Bundesgesetz, ausgegeben am 4. Juni 1992, 105. Stück).

¹⁰ Bundesgesetz, mit dem Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen, das Freisetzen und Inverkehrbringen von gentechnisch veränderten Organismen und die Anwendung von Genanalysen und Gentherapie am Menschen geregelt werden (Gentechnikgesetz – GTG) und das Produkthaftungsgesetz geändert wird (ausgegeben am 12. Juli 1994, 158. Stück).

„Entwicklungsfähige Zellen dürfen nicht für andere Zwecke als für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden. Sie dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Gleiches gilt für Samen oder Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen.“

Das implizite Verbot ergibt sich aus dem zweiten Satz dieses Abschnitts, der eine „Untersuchung“ von sowohl „entwicklungsfähigen Zellen“ (d. h. Embryonen) als auch Keimzellen auf die Herbeiführung einer Schwangerschaft beschränkt. Da eine PID nicht von vornherein zur assistierten Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist, bleibt sie unzulässig.

Das Untersuchungsverbot bezieht sich auch auf Ei- und Samenzellen. Da der Polkörper jedoch nicht der Befruchtung dient und nicht der befruchtungsfähigen Eizelle zugerechnet wird, gilt die Polkörperanalyse bei vielen AkteurlInnen (inklusive einer interviewten Beamtin des BMGF und den Mitgliedern der Bioethikkommission, die die entsprechenden Textpassagen einstimmig unterzeichneten; siehe weiter unten) als zulässig. Ein interviewter Beamter des BMJ hält die Frage der Zulässigkeit der Polkörperdiagnostik jedoch nicht für unstrittig:

„Das ist unter den Fachleuten eigentlich eher umstritten, ob das legitim ist, weil das Gesetz sagt relativ eindeutig: ‚Dürfen nur soweit behandelt und untersucht werden, als es zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft ERFORDERLICH ist.‘ Ja? Erforderlichkeitsgebot! Also, da glaube ich, geht das wahrscheinlich darüber hinaus.“ ([I2]: 168–179)

Faktum ist jedoch, dass Polkörperdiagnostik in Österreich seit Sommer 2005 in der klinischen Praxis angeboten und beworben wird (Der Standard, 2.7.2005: 35), aber auch bereits seit 2003 durchgeführt wird ([I8], Wiener Zeitung, 9.4.2008: 10).

Uneinigkeit besteht hinsichtlich der Frage, unter welchen Umständen eine Untersuchung „zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ erforderlich (und damit rechtlich legitim) ist. Während die einen davon ausgehen, dass PID erlaubt sei, wenn dadurch ausgeschlossen werden könne, dass Embryonen mit schweren genetischen Schäden transferiert werden, die eine Schwangerschaft ausschließen, halten andere PID grundsätzlich für verboten.

Aber auch wenn rechtlich die erstere Meinung gelten sollte, bleibt das PID-Verbot durch § 2 (2) FMedG aufrecht, der besagt, dass medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur zulässig ist, „wenn nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind.“ Wenn also nicht auch gleichzeitig eine

Infertilität vorliegt, bleibt PID auch in jenen Fällen verboten, in denen sie „zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ medizinisch indiziert sein sollte.

Vor diesem (relativ unstrittigen) gesetzlichen Hintergrund spielen sich die politischen Diskussionen zur Frage ab, ob und wie diese Gesetzeslage geändert werden soll.

3. PID im Prozess der Politikformulierung

3.1 Die formative Phase

Das medizintechnische Verfügbarmachen der genetischen Ausstattung von Menschen ist in Österreich seit Beginn der 1980er Jahre ein zentrales Thema. Das Initialereignis, das dieses Thema in größerem Ausmaß in die öffentliche Diskussion brachte, stellte 1982 die Geburt des ersten österreichischen „Retortenbabys“, wie im damaligen Sprachgebrauch ein Kind nach Zeugung in vitro genannt wurde, dar. Gentechnologie und Reproduktionstechnologie wurden dabei zunächst immer gemeinsam diskutiert und bildeten unter dem Begriff der „Gen- und Reproduktionstechnologien“ ein zusammengehöriges thematisches Feld, auch wenn es lediglich um einzelne Aspekte ging, etwa die Frage des Zugangs allein stehender Personen, der Forschung am Embryo oder der Erzeugung von Mensch-Tier-Wesen. Erst Ende der 1980er Jahre begannen sich Gentechnologie und Reproduktionstechnologie als eigenständige thematische und regelungstechnische Gebiete voneinander zu differenzieren.

Die Gründe hierfür scheinen u. a. zum einen im Umstand zu liegen, dass sich die Befürchtungen hinsichtlich der technischen Interventionsmöglichkeiten in das menschliche Genom nicht bewahrheiteten, dass also keine entsprechenden konkreten medizintechnischen Anwendungen in der klinischen Praxis verfügbar wurden. Dahingegen schritt während der 1980er Jahre die technische Entwicklung der ART mit der Entwicklung neuer Medikamente zur hormonellen Stimulation der Eierstöcke, neuer Techniken zur Abpunktion reifer Follikel, der Kryokonservierung von Embryonen etc. mit Riesenschritten voran und die Neuerungen wurden auch rasch in der klinischen Praxis umgesetzt. Während also ART in der klinischen Praxis bereits fest etabliert waren, blieben gentechnologische Anwendungen beim Menschen weiterhin „Zukunftsmusik“. Auch wenn in vielen anderen Aspekten hinsichtlich der Regelung der ART sehr kontroverse Meinungen vertreten wurden, waren sich deshalb BefürworterInnen wie GegnerInnen der ART Ende der 1980er Jahre darin weitgehend einig, dass die ART dringender als der Bereich der Gentechnologie einer Regelung bedürfen (Hadolt 2005).

Zum anderen begann sich abzuzeichnen, dass die Gentechnik in Bezug auf Pflanzen und Tiere (die so genannte *grüne Gentechnik*) ein Thema darstellt, das bei PolitikerInnen wie VertreterInnen der Zivilgesellschaft äußerst kontrovers bewertet wird (vgl. Grabner 1993,

Seifert 2002). Da der Diskussionsprozess hinsichtlich ART ab etwa 1987 bereits als weit fortgeschritten galt (Hopf 1990) und konkret an einer auch im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess mehrheitsfähigen Regelung gearbeitet wurde (Hadolt 2005), scheinen die damit beschäftigten AkteurInnen (im Konkreten die verantwortlichen BeamtInnen des BMJ und des Frauenstaatssekretariats) wenig Interesse daran gehabt zu haben, den Verhandlungsstand bei den ART durch die erst am Beginn stehende Diskussion um die Gentechnik – die zudem gar nicht den Menschen betraf – zu gefährden bzw. noch weiter zu verzögern. Gentechnologie und ART diskursiv und regelungstechnisch voneinander zu trennen schien in diesem Zusammenhang ein Ausweg gewesen zu sein. Unter der Ägide des BMJ wurden die ART schließlich im FMedG 1992 geregelt; das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (BMfGSK) übernahm die Federführung in der Regelung der – in erster Linie – grünen Gentechnologie durch das GTG 1994. Diese nach Ministerien aufgeteilte „Themeneignerschaft“ sollte sich später als bedeutsam für die politischen Prozesse rund um PID herausstellen.

Wenn es in den Auseinandersetzungen der 1980er Jahre um Gentechnologie bei Menschen ging, dann war damit in erster Linie der direkte Eingriff in das und die Manipulation von menschlichem Leben gemeint. Dabei blieb die Grenze zwischen der Ebene von Zellen und jener von Genen – nicht zuletzt in Ermangelung konkreter gentechnologischer Anwendungen beim Menschen – durchaus unscharf. Die Klonierung von Menschen, die Chimärenbildung, der „Einbau bestimmter Genabschnitte zur Entstehung besonderer Eigenschaften“ (vgl. Die Presse, 2.5.1985: 3) und die Züchtung von Organen aus „Embryo-Zellen“ (z. B. Profil, 9.10.1990: 92) waren viel diskutierte (und was Ersteres betrifft durchwegs abgelehnte) (Zukunfts)Anwendungen. Ansonsten war in eher unspezifischer Weise die Rede von „Menschenzüchtung“, „Genmanipulation“ und „gentechnologischen Eingriffen in die Keimzellbahn“. Als gentechnologisch wurden auch Anwendungen verstanden, die auf der Ebene der Performance von Lebewesen eingreifen, nicht unbedingt jedoch in deren genetisches Design, ins „Leben selbst“ (vgl. Rheinberger 2000).

Im Vergleich zu solchen „genetischen“ Manipulationen war Gendiagnostik ein viel weniger diskutiertes Thema. Zum einen wurde Gendiagnostik unter Genmanipulation subsumiert und quasi als deren Begleiterscheinung diskutiert. Zum anderen waren auf genetischer Ebene lediglich zytogenetische Tests technisch machbar, die zudem erst pränatal, also während der Schwangerschaft, durchgeführt wurden, nicht jedoch bereits präimplantiv (vor dem Transfer des extrakorporalen Embryos in die Gebärmutter) oder präkonzeptuell (vor Verschmelzung von Ei- und Samenzelle). Zwar erlaubte auch die (genetische) Pränataldiagnostik (PND) die Unterscheidung zwischen „erwünschten“ und „unerwünschten“ Embryonen/Föten und damit deren Selektion und „Verhinderung“ von Behinderung. Die Testmöglichkeiten und die Aussagekraft der Befunde blieben jedoch zunächst auf einige wenige Krankheiten/Behinderungsformen beschränkt.

Erst mit der Entwicklung molekulargenetischer Tests Anfang der 1990er Jahre erlangte Gendiagnostik eine neue Qualität und gesellschaftspolitische Brisanz, insbesondere in Bezug auf „prädiktive Gendiagnostik“, also bei molekulargenetischen Tests, die über das spätere Auftreten einer Erbkrankung Aufschluss geben, lange bevor klinische Symptome vorhanden sind (vgl. Bourret et al. 1998, Kollek/Lemke 2008, Hadolt/Lengauer 2009). Solche Diagnostik wurde (und wird) jedoch in erster Linie postnatal, also erst im Erwachsenenalter durchgeführt.

Die Möglichkeit postnataler Gendiagnostik wurde Ende der 1980er Jahre in der österreichischen politischen Diskussion von frauen- und arbeitnehmerrechtlicher Seite aufgegriffen, als sich VertreterInnen des (von Johanna Dohnal sozialdemokratisch geführten) Frauenstaatssekretariats und der Arbeiterkammer gegen die Nutzung von Gentests in der Auswahl von ArbeitnehmerInnen und durch die Privatversicherungswirtschaft aussprachen (vgl. z. B. Informationsblatt für Frauen, Nr. 18, Nov. 1988).

Das FMedG von 1992 enthält zwar ein Untersuchungsverbot für Keimzellen und Embryonen. Dieses gründet sich jedoch auf die Intention, die ethisch strittige Forschung am Embryo zu verhindern. PID kam dabei und auch in der sonstigen politischen Diskussion der Zeit sowohl konzeptuell als auch als Bezeichnung praktisch nicht vor. Die Abwesenheit von PID als Thema trifft auch auf die mediale Berichterstattung zu. Die durchgeführte Recherche in der Datenbank „wiso praxis“ ergab, dass erstmals Bert Ehgartner den Begriff Ende 1999 verwendete, der sich in einem ausführlichen Artikel unter dem Titel „Schöner neuer Mensch“ mit verschiedenen Gentechnologien auseinandersetzte, darunter auch kurz mit der PID. Neben einer Beschreibung des technischen Prozedere zitiert er auch eine Klage eines Reproduktionsmediziners darüber, dass PID in Österreich nicht erlaubt sei und „Rat suchende Eltern mit Erbkrankheiten“ deshalb nach Italien geschickt werden müssten, wo PID (damals noch) erlaubt sei (Profil, 4.10.1999: 152).

Kurze Erwähnungen von PID finden sich in der feministischen Literatur ab Ende der 1980er Jahre (vgl. Weikert et al. 1989: 198, Winkler 1992: 224 f.). Weikert erwähnt neben der PID auch eine „Präkonzeptionstechnik“, wozu sie ausführt:

„Der Traum manchen Wissenschafters ist hierbei in Erfüllung gegangen. Robert Edwards, gepriesener ‚Co-Vater‘ des ersten Retortenbabys, schwärmte bereits 1991 [...] von einer Untersuchungsmethode, bei der bereits *vor der Befruchtung* Ei- und Samenzellen auf Herz und Nieren geprüft werden können.“ (Weikert 1996: 169 f.; Hervorhebung im Original)

Neben einer solchen Selektion von Keimzellen kritisiert Weikert insbesondere, dass sowohl PID also auch „Präkonzeptionstechnik“ eine Befruchtung in vitro notwendig mache, die wiederum mit aus IVF resultierenden körperlichen und psychischen Belastungen und gesundheitlichen Gefährdungen der betroffenen Frau verbunden sei.

Erwähnung fand Präimplantationsdiagnostik auch 1992 in der parlamentarischen Enquete-kommission „Technikfolgenabschätzung am Beispiel der Gentechnologie“, wo ein Kommissionsteilnehmer von „präimplantativer [sic] Eugenik“ sprach (vgl. Grießler 2008: 36). Die Enquetekommission setzte sich im Vorfeld des GTG 1994 intensiv mit Gentechnologie auseinander, wurde aber für die weitere politische Diskussion kaum wirksam. Wenn Gendiagnostik behandelt wurde, lag auch hier der Schwerpunkt der Diskussion und der Empfehlungen auf Pränataldiagnostik.

3.2 Enquete des BMJ, November 2000

Explizites und mit größerer Signifikanz ausgestattetes Thema wurde PID in der österreichischen Reproduktionstechnologiepolitik erstmals Ende der 1990er/Anfang der 2000er Jahre. Auf politischer/staatlicher Seite ergriff das BMJ die Initiative und veranstaltete zusammen mit dem Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen¹¹ im November 2000 die Enquete „Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik“ (die Enquete wurde dokumentiert in BMJ 2001).

Dazu muss vorausgeschickt werden, dass das BMJ die „Zuständigkeit“ für Reproduktionstechnologiepolitik 1987 vom Familienministerium übernommen hatte. Die konkreten Verhandlungen, die zum späteren FMedG führten, hatten in erster Linie BeamtInnen des BMJ in enger Zusammenarbeit mit Angehörigen des Frauenstaatssekretariats (und späteren Frauenministeriums) geleitet und legislatisch umgesetzt. Als das BMJ also 2000 die o. g. Enquete veranstaltete, führte es eine Tradition von ähnlich gelagerten Enqueten zu ART fort, die das Familienministerium Mitte der 1980er Jahre begonnen hatte (Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz 1986, Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie 1988 und 1989).

Das Gesundheitsministerium hingegen war ab der Trennung von Gentechnologie und ART – ebenfalls unter Mitarbeit des Frauenstaatssekretariats unter Johanna Dohnal – federführend mit der Regelung von Gentechnik befasst – zunächst schwerpunktmäßig mit grüner Gentechnologie, später auch mit roter, also humanmedizinbezogener Gentechnologie.

Anlässe für die Veranstaltung der Enquete finden sich auf mehreren Ebenen. Reinhart Waneck, damaliger Staatssekretär für Gesundheit, verweist in seiner Eröffnungsrede der Enquete darauf, dass seit Inkrafttreten des FMedG acht Jahre vergangen seien und die großen Fortschritte in der Reproduktionsmedizin eine Evaluierung der Gesetzeslage erfordern würden: Es sei „nun an der Zeit festzustellen, wo wir heute stehen und wohin die

¹¹ Zwischen 1997 und 2003 gab es kein eigenes Gesundheitsministerium in Österreich. Die Gesundheitsagenden wurden vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen betreut. Ab 2003 wurde mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wieder ein eigenes Gesundheitsministerium geschaffen.

Weiterentwicklung gehen soll. Gibt es medizinische Entwicklungen, die einer geänderten rechtlichen Regelung bedürfen, welche gesellschaftlichen und ethischen Aspekte ergeben sich daraus, soll wirklich alles, was technisch machbar ist, auch durchgeführt werden“ (Waneck 2001: 6). Als solche technische Neuerungen führt er explizit intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)¹², therapeutisches Klonen und die Präimplantationsdiagnostik – die „Untersuchung von entwicklungsfähigen Zellen auf genetische Veränderungen“ (ebd.: 2) – an. Als Ziel soll die Enquete „neue Informationen bringen und Anlass zu einer breitgestreuten Diskussion bieten“ (ebd.: 6 f.).

Auch ein führender Beamter des BMI [I2], der seit vielen Jahren mit Reproduktionsmedizin befasst ist, bestätigt im Interview diesen Evaluierungsbedarf aufgrund technischer Neuerungen. Darüber hinaus betont er auch den sich wandelnden gesellschaftlichen Kontext, in dem ART durchgeführt werden und vor dem die Zulässigkeit der ART immer wieder neu bewertet werden müsse:

„Nun, unser Haus hat das auch immer wieder versucht, hier den Diskussionsprozess in Gang zu halten. Und in regelmäßigen Zeiträumen sind wir damit befasst, zu schauen, ob die Sachen, die wir betreuen, noch dem aktuellen gesellschaftspolitischen Stand entsprechen.“ ([I2]: 96–101)

Das BMJ war auch nach dem Inkrafttreten des FMedG immer wieder mit Reproduktionsmedizin befasst, etwa bei der Behandlung von Rechtsklagen gegen das FMedG vor dem Obersten Gerichtshof (vgl. Geiger 2003). Auf politischer Ebene war die Enquete jedoch der erste Versuch, den „Diskussionsprozess“ wieder aufzunehmen, und stellte deshalb für das BMJ „ein signifikantes Ereignis“ dar und „der erste große Event, wo wir gesagt haben: Wir bringen die PID an einer signifikanten Stelle in die österreichische Position“ ([I2]: 1430–1433). Ein zentraler technologiebezogener Anlass war dabei PID.

Der Anstoß für das Aufgreifen von PID dürfte jedoch nicht nur aus innerministeriellen Diskussionen und der Beschäftigung mit dem Regelungsstand in anderen Ländern gekommen sein, sondern auch vonseiten der ReproduktionsmedizinerInnen bzw. deren Interessenvertretungen. Dafür sprechen die Aussagen verschiedener InterviewpartnerInnen ([I3], [I6]) und der Umstand, dass das Eröffnungsreferat der Enquete von Franz Fischl, bekannter Reproduktionsmediziner und damaliger Präsident der „Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ (OEGRM), gehalten wurde. Er bedankte sich in seinen Einleitungsworten für die Einladung, „von fachlicher Seite aus Möglichkeiten von Änderungen und Verbesserungen aufzuzeigen“ (Fischl 2001: 9) und legte eine vom Vorstand der OEGRM entwickelte und von Erwin Bernat, dem – wie er sich selbst nennt – „juristischen Sprachrohr“ (BMJ 2001: 125) der OEGRM, verfasste Vorlage für eine Änderung

¹² Dabei wird ein Spermium zur Befruchtung direkt in die Eizelle injiziert.

des FMedG vor. Der oben zitierte Beamte betont zwar an anderer Stelle des Interviews, dass die Enquete gemeinsam mit dem „Gesundheitsministerium“ durchgeführt wurde. Die Hauptinitiative, Konzeption und Organisationsarbeit jedoch scheint aufseiten des BMJ gelegen zu sein.

Die eintägige Enquete gliederte sich in einen Referatsteil und zwei Diskussionsteile. Neben dem Eröffnungsreferat von Waneck und dem Vortrag von Fischl hielten des Weiteren Referate Joep Geraedts (2001) über die klinische Praxis der PID in verschiedenen Ländern Europas, Hans-Georg Koch (2001) über ART im europäischen Rechtsvergleich und Ulrich Körtner (2001), der sich mit ethischen Aspekten der neuen Biotechnologien auseinandersetzte.

Die Fachgebiete, die bei der Enquete an vorderster Stelle nicht nur bei Referaten, sondern auch bei Diskussionsbeiträgen vertreten waren, sind (Reproduktions)Medizin, Rechtswissenschaft und Ethik. VertreterInnen anderer Disziplinen und Interessengruppen (etwa PsychotherapeutInnen und Behindertenorganisationen) kommen zwar vor, nehmen aber wenig Raum ein und sind für die Gestaltung des organisatorischen Ablaufs und der thematischen Auseinandersetzung erst im späteren Diskussionsverlauf in dem Sinne relevant, dass ihre Beiträge für bereits etablierte Diskussionsstränge neue Argumente liefern bzw. neue Diskussionspunkte eröffnen. Damit schließt die Enquete an vergleichbare frühere Veranstaltungen und Institutionen¹³ in der österreichischen Reproduktionsmedizinpolitik der 1980er Jahre an: Auch hier hatten Medizin, Rechtswissenschaft und Ethik (damals noch stärker ausgerichtet auf theologische Moralethik und weniger auf Bioethik, die erst später entstand) den fachlichen, politischen und medialen Diskurs dominiert. Bezüglich der Zusammensetzung der TeilnehmerInnen erwähnenswert ist des Weiteren, dass von etwa 25 TeilnehmerInnen, die in der Dokumentation der Enquete aufscheinen, lediglich vier Frauen waren.

Inhaltlich wurden bereits viele jener Themen behandelt – und dies auf einem argumentativ differenzierten Niveau –, die auch in der späteren Diskussion immer wieder genannt werden: der Konnex zwischen PID und PND bzw. extrakorporaler Embryonenselektion und Schwangerschaftsabbruch, eugenische Züge der PID, „Designerbaby“, Diskriminierung von Behinderten, „PID-Tourismus“ etc. Es ist erkennbar, dass die Diskussion selbst bereits länger geführt wurde und dass es lediglich um eine neue Aufrollung der Argumente unter geänderten technologischen und gesellschaftlichen Bedingungen ging. Neben der ART-Diskussion schließt die Thematisierung von PID dabei stark an die Diskussion um Pränataldiagnostik an.

¹³ Zu nennen sind hier die Enqueten bzw. das Hearing des Familienministeriums (Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz 1986, Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie 1988 und 1989), aber auch die verschiedenen „Ethikkommissionen“, die sich mit dem Thema „Gen- und Reproduktionstechnologie“ befassten, darunter besonders die so genannte IVF-Kommission (vgl. Hadolt 2005; der Abschlussbericht der IVF-Kommission findet sich in III-150 BlgNR 16. GP).

Was für einige TeilnehmerInnen sehr wohl neu gewesen sein dürfte, ist, wie PID technisch funktioniert und in welchen Anwendungskonstellationen PID verwendet wird (vgl. den Diskussionsbeitrag von Michael Staikos, S. 141). Bei den DiskutantInnen aus dem Auditorium scheint umfangreicheres medizintechnisches Wissen hinsichtlich Genetik und Gendiagnostik zu fehlen, nicht jedoch hinsichtlich der ART. Es ist daher anzunehmen, dass die neuen molekulardiagnostischen Möglichkeiten für einige TeilnehmerInnen Wissensneuland darstellten. Alle Referenten (ausschließlich Männer) hingegen zeigten fundiertes Wissen über PID und den diesbezüglichen internationalen Diskussionsstand.

Im Vergleich zur späteren Diskussion fällt auf, dass sehr ausführlich auf die Praxis von PID in anderen, vor allem europäischen Ländern Bezug genommen wird. Dabei werden andere Länder in den Referaten als Beispiele präsentiert, an denen sich eine Neuregelung der ART orientieren könnte und an denen die PID-Praxis Österreichs anzugleichen sei; die Regelung in Österreich wird oft als veraltet dargestellt. Auch wird das Argument bemüht, dass Österreich den Anschluss an die internationalen Entwicklungen verlieren könnte, sowohl was die Forschung angeht als auch die gesundheitspolitischen Neuerungen. Während des zweiten Diskussionsteils werden aber auch Stimmen laut, die die restriktive Regelung Österreichs als Vorbild für permissivere Länder sehen (vgl. Diskussionsbeitrag von Enrique H. Prat, Vertreter des der österreichischen Bischofskonferenz nahe stehenden IMABE-Instituts, S. 157 f.).

Geraedts ist der einzige der Referenten, der sich ausschließlich der PID widmet. Allerdings geht er nur auf medizinische und technische Aspekte ein und überlässt politische Forderungen und ethische Wertungen anderen TeilnehmerInnen. Von reproduktionsmedizinischer Seite legt Fischl einen Forderungskatalog zur Neuregelung vor. Ein Ausgangspunkt ist für ihn dabei die o. g. Gefahr, den Anschluss zu verpassen:

„[E]s herrscht große Sorge unter den Medizinern und unter den Wissenschaftlern, dass Österreich auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin, wo es bis heute weltweit auch führend ist, sowohl die wissenschaftliche wie auch therapeutische Kompetenz innerhalb kürzester Zeit verlieren wird, wenn die Gesetzgebung zu restriktiv bleibt.“ (Fischl 2001: 11)

Neben einer Darstellung verschiedener technischer ART-Neuerungen präsentiert Fischl eine Reihe von Änderungsforderungen, denen eine Novellierung des FMedG nach seiner Ansicht Rechnung tragen müsse. Diese Forderungen wurden zum Teil auch bereits in den 1980er Jahren geäußert. Fischl fordert, die Aufbewahrungsfrist von Keimzellen und Embryonen, die nach dem Stammgesetz von 1992 ein Jahr nach Befruchtung in vitro betrug, auf zehn Jahre zu verlängern. Des Weiteren spricht er sich für eine „Gleichstellung von Eizellen und Samenzellen für eine Spende“ (ebd.: 13) aus, d. h. für eine Legalisierung der Eizellspende und für die Freigabe von Eizellen und Embryonen für die Grundlagenforschung. Fischls Katalog enthält zudem die Forderung, Stammzellentherapie bzw. therapeutisches Klonen legal zu

ermöglichen, und schließlich die „Genehmigung der Präimplantationsdiagnostik mit klar umgrenzter klinischer Indikationsstellung“ (ebd.: 18). Eine solche Indikation sieht er gegeben, „wenn ein erhöhtes Risiko für die Weiterentwicklung einer Erbkrankheit vorliegt“ (ebd.: 18 f.).

Koch stellt in seinem rechtsvergleichenden Referat die Rechtslage bezüglich ART, darunter auch PID, in verschiedenen Ländern dar, ohne vordergründig Wertungen vorzunehmen oder Empfehlungen auszusprechen. Für die reproduktionspolitische Diskussion relevanter ist schließlich Körtner's Beitrag, der sich eingehend mit ethischen Bewertungen der neuen biotechnologischen Möglichkeiten beschäftigt. Im Abschnitt zu PID behandelt er eine Reihe von Punkten, die sich in sehr ähnlicher Weise auch in der späteren Stellungnahme der Bioethikkommission, deren Mitglied er ist, zu PID findet: PID verändere die Indikationsstellung von IVF; PID habe keinen therapeutischen Nutzen, sondern dezidiert die Selektion menschlichen Lebens zum Ziel; PID verschärfe die ethischen Probleme von IVF etc. Körtner stellt schließlich die ethische Zulässigkeit von PID innerhalb eng gezogener Grenzen in Aussicht, wobei er auf das Problem der praktischen Ziehung solcher Grenzen hinweist (Körtner 2001: 89).

In der Diskussion während der Enquete ist PID (neben der Abtreibungsproblematik und Stammzellenforschung) ein wichtiges Thema, auf das sich immer wieder Fragen und Stellungnahmen aus dem Auditorium beziehen. Die Meinungen dazu klaffen weit auseinander und bis auf wenige differenzierte Stellungnahmen (darunter jene Körtner's) werden sie entweder eindeutig pro oder contra PID artikuliert. Pro-Meinungen vertreten insbesondere die anwesenden MedizinerInnen und die meisten Juristen; Contra-Meinungen äußern VertreterInnen der Kirchen und von Behindertenorganisationen. Gegen Ende der Diskussion überwiegen vehement zum Ausdruck gebrachte Contra-Meinungen, die insbesondere von Kirchen-nahen VertreterInnen vorgebracht wurden, und es wird klar, dass eine Reihe von TeilnehmerInnen keine oder nur eine geringe Änderung der geltenden Gesetzeslage möchte. Dementsprechend vorsichtig schließt Gerhard Hopf, Sektionschef des BMJ und Moderator der Diskussion, die Enquete mit den Worten:

„Wir werden auch – und das wird natürlich letztlich eine politische Entscheidung sein – zu befinden haben, ob es Fragen gibt, die [...] rascher zu lösen sind, und solche, die vielleicht noch gründlicher, noch breiter diskutiert werden müssen.“
(BMJ 2001: 203)

Laut des o. g. Beamten des BMJ hatten sich die OrganisatorInnen der Enquete einen größeren Konsens unter den verschiedenen mit ART befassten Interessengruppen erwartet und weniger Fragen, die „noch breiter diskutiert“ und damit auf einen späteren Zeitpunkt aufgeschoben werden müssen.

„Bei dieser Enquete haben sich zwei Dinge gezeigt: Einerseits hat sich gezeigt, dass die skeptischen Einstellungen gegenüber der medizinischen Technik fast noch zugenommen haben. Was eine sehr interessante Sache war. Andererseits hat natürlich etwa ein Referat des Professor Geraedts über die Möglichkeiten der Fortpflanz-, äh, der Präimplantationsdiagnostik hat schon gezeigt, dass es also gewisse Chancen auch gibt in diesem Gebiet drinnen, dass das auch beim betroffenen Teil der Bevölkerung Hoffnungen weckt.“ ([I2]: 114–123)

Offensichtlich waren die BeamtInnen, die das Thema der ART im BMJ „betreuten“, zur Erkenntnis gekommen, dass es zur damaligen Zeit keine gesellschaftlich/politisch mehrheitsfähige Möglichkeit für bedeutendere Änderungen der ART-Regelung gibt. Nach Aussage des Beamten habe insbesondere das Fehlen einer offiziellen Position der katholischen Amtskirche „die Sache schwierig gemacht“:

„Es wurde also schon irgendwie Wert darauf gelegt, dass in dieser Enquete [von der katholischen Kirche] nicht sozusagen eine offizielle Position vertreten wird, was die Sache schwierig gemacht hat.“ ([I2]: 143–146)

Mit dem früheren Erzbischof von Wien Franz Kardinal König nahm zwar ein hoher Vertreter der katholischen Amtskirche teil, allerdings nur als „eine Art Pensionist“; jedenfalls habe die Kirche keinen offiziellen Vertreter entsandt. Darin und im Widerstand von BehindertenvertreterInnen gegen eine Änderung der Gesetzeslage, wie er insbesondere im zweiten Diskussionsteil der Enquete zum Vorschein kam, dürfte eine vorrangige Ursache für den Umstand liegen, dass die Novellierung des FMedG im Jahre 2004 lediglich mit geringen Neuerungen, wie der Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kryokonservierter Embryonen von einem Jahr auf drei Jahre, durchgeführt wurde. Laut des Beamten sei die Novelle eine „Kleinigkeit“ gewesen: „Man hat ein bisschen, da, wo das Sakko ganz eng war und gespannt hatte, hat man das behoben“ ([I2]: 143–150).

Was also im Umkreis der Enquete entschieden wurde, war, dass eine Neuregelung von PID und anderen ART-assoziierten Biotechnologien nicht in der Novelle des FMedG umgesetzt werden sollte. Diese stand bereits zur Zeit der Durchführung der Enquete im Raum¹⁴ (wie anscheinend auch bereits die humangenetischen Teile des GTG; vgl. Körtner 2001: 73).

¹⁴ Einen Initiativantrag zur Novellierung von FMedG haben die Abgeordneten Klara Motter und Genossen im Januar 1999 eingebracht, wonach § 17 FMedG folgendermaßen geändert werden sollte:

„Nach § 17(1) wird folgender Abs. 2 eingefügt

(2) Ausgenommen von der in Abs. 1 festgelegten Aufbewahrungsfrist sind Samen, Eizellen und entwicklungsfähige Zellen, die von Personen stammen, die an einer Krebserkrankung leiden oder bei denen eine schwere Störung der Samenproduktion bzw. des Samentransportes vorliegt. In diesen Fällen kann die Aufbewahrungsfrist auf maximal fünf Jahre verlängert werden.“ (Nationalrat 1999)

Die EntschlieÙung des Nationalrats wird am 17.6.1999 einstimmig verabschiedet (1 89/E BlgNR XX.GP).

3.3 Die PID-Stellungnahme der Bioethikkommission 2004

Seit Beginn der 2000er Jahre ist PID fester Bestandteil der politischen und medialen Beschäftigung mit den neuen Biotechnologien und wurde als Diskussionsgegenstand immer wieder in verschiedenen Kontexten aufgegriffen. Darunter zu nennen sind die 3. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2001 mit dem Titel „Lasst uns Menschen machen“ (Lederhilger 2002), der „Diskurstag Gendiagnostik“, veranstaltet 2002 im Rahmen des „Österreichischen Genomforschungsprogramms GEN-AU“ (vgl. Felt 2003), der aus der 1997 gegründeten „Plattform Gentechnik & Wir“ hervorgegangene Verein „Dialog<>Gentechnik“¹⁵ (Dialog<>Gentechnik 2004, vgl. auch Seifert 2002: 204), die BürgerInnenkonferenz zum Thema „Genetische Daten: woher, wohin, wozu?“ aus dem Jahr 2003 (vgl. Bogner 2004) und die parlamentarische BürgerInneninitiative der „Aktion Leben“ 2004 (Nationalrat 2004). Für die weitere politische Diskussion um PID zentral war insbesondere die Stellungnahme der „Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt“, die ihren Bericht zu PID im Juli 2004 vorlegte.

Die „Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt“ (BEK) wurde im Juni 2001 vom damaligen Bundeskanzler Wolfgang Schüssel nach deutschem Vorbild als Beratungsgremium für die Bundesregierung „in gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie aus ethischer Sicht ergeben“, gegründet.¹⁶ Die Einrichtung der Kommission wurde medial zwar vielfach begrüßt, fand aber auch KritikerInnen. Zum einen scheinen sich Angehörige der zuständigen Ministerien übergangen und ausgeschlossen gefühlt zu haben. So verweist der Beamte des BMJ auf die Verwunderung von MinisterialbeamtInnen über die für sie scheinbar plötzliche Gründung der Bioethikkommission:

„Also das war eine sehr interessante Angelegenheit, als zuständige Beamte im Gesundheitsressort und im Justizressort das Bundesgesetzblatt lasen und eine Verordnung darin fanden, die man nie hergezeigt hatte, ja? Das heißt, es ist also vom damaligen Bundeskanzler Doktor Schüssel, in einer sehr überraschenden Aktion die Bioethikkommission gebildet worden.“ ([I2]: 154–161)

Kritik fand die Bioethikkommission auch vonseiten der BehindertenvertreterInnen, weil sie die Belange von Behinderten in der Kommission nicht genügend berücksichtigt sahen. Die Bioethikkommission wurde nach bekannter Manier als „reines ExpertInnengremium“ (Gmeiner 2004: 181) gegründet, das sich aus 19 Fachleuten verschiedener Disziplinen, darunter Medizin, Humangenetik, Molekularbiologie, Rechtswissenschaften, Philosophie und Theologie, zusammensetzte. „Betroffene“ und Laien bzw. andere zivilgesellschaftliche

¹⁵ vgl. <http://www.dialog-gentechnik.at/>

¹⁶ vgl. <http://www.bundeskanzleramt.at/DesktopDefault.aspx?TabID=3455&Alias=BKA>

VertreterInnen wurden zur Teilnahme nicht eingeladen. Aus Protest und mit dem Ziel, diese Lücke zu füllen, gründeten VertreterInnen verschiedener Behindertenorganisationen – darunter die „Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (ÖAR), die „Lebenshilfe Österreich“ und die „Aktion Leben“ – im Oktober 2001 ebenfalls eine Ethikkommission, allerdings eine *für* die Bundesregierung: die „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ (vgl. Der Standard, 24.10.2001, Ressort: 1).

Die „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ war aus der Plattform „Nein zur Bioethikkonvention“ hervorgegangen, die es sich zum Ziel gemacht hatte, die Ratifizierung der so genannten Biomedizinkonvention des Europarats („Menschenrechtskonvention des Europarates zur Biomedizin“ – MRB) zu verhindern. Strittig an der Konvention waren die §§ 18 und 21, gemäß derer in Ausnahmefällen medizinische Forschung an „nicht einwilligungsfähigen Personen“, etwa Personen mit einer geistigen Behinderung oder KomapatientInnen, zulässig sein sollte sowie auch die Entnahme eines nicht lebensnotwendigen Organs zu Transplantationszwecken. Mit intensiver Öffentlichkeitsarbeit gelang es der „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ immer wieder, für ihre Standpunkte öffentliche Unterstützung zu finden und politikrelevant zu werden. Aus Geldmangel, aber eigentlich aufgrund fehlender Unterstützung durch die verschiedenen Behindertenorganisationen, löste sich die „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ im November 2006 schließlich wieder auf [I6].

Im Februar 2002 kam es zur ersten Auseinandersetzung zwischen den beiden Kommissionen, als die BEK ihre erste Stellungnahme publizierte, in der sie die Ratifizierung der MRB durch Österreich empfahl. Die „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ übte an den Inhalten und der sie ausschließenden Vorgangsweise massive Kritik in den Medien und die beiden Kommissionen nahmen wieder Gespräche auf (vgl. Der Standard, 9.2.2002: 8).¹⁷ In weiterer Folge nahm die „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ auch zu PID immer wieder Stellung, so auch zum Bericht der BEK zur PID, deren Mehrheitsvotum sie ablehnte.

Bis zu ihrem PID-Bericht im Jahre 2004 hatte die BEK zu fünf Themenbereichen Stellungnahmen abgegeben. Neben der Empfehlung, die MRB zu ratifizieren, umfassten diese die Umsetzung der „Biotechnologie-Richtlinie“ des Europäischen Parlaments, Stammzellenforschung, reproduktives Klonen und den Novellierungsentwurf des FMedG 2004. Während die Kommission bei den ersten beiden Stellungnahmen noch zu einstimmigen Beschlüssen kam, war dies bei den folgenden Empfehlungen – mit Ausnahme zum Verbot des reproduktiven Klonens – nicht mehr der Fall.¹⁸ Insbesondere die innerkommissionellen Auseinandersetzungen zum Thema Stammzellenforschung im Jahre 2002 dürften prägend für die weitere Arbeitskultur und die Grundsatzhaltungen einzelner Kommissionsmitglieder

¹⁷ Gemeinsam mit Deutschland ist Österreich eines der wenigen europäischen Länder, das die MRB noch nicht ratifiziert hat.

¹⁸ vgl. <http://www.bundestkanzleramt.at/site/3458/default.aspx>

gewesen sein, was schließlich zu einer inoffiziellen Teilung der Kommission in zwei Koalitionen oder „Lager“ geführt hat. Ein langjähriges Mitglied der Bioethikkommission [I5] sagt dazu im Interview:

„[Es] ist ja nicht so, dass alle Personen in der Bioethikkommission ad personam sprechen: die Wissenschaftler auch nicht alle, aber noch am ehesten würde ich sagen. Aber sie haben ja auch ein politisches Umfeld, in das sie eingebettet sind und das sie vertreten. Und es gibt so ganz spezielle Bereiche, wo das dann einfach in eine Aufspaltung in zwei Lager führt.“ ([I5]: 149–155)

Auf meine Bitte als Interviewer, die beiden Lager näher zu beschreiben, meinte das Mitglied weiter:

„Ja, ich möchte das jetzt sehr vorsichtig machen. Das eine ist das katholische Lager, dem nicht alle, ich weiß nicht, wer aller der katholischen Kirche gehört, aber es gibt dort einige Vertreter, die das eben sehr stark vertreten, und die weichen kein Jota ab von der Lehre der katholischen Kirche, von der vorherrschenden Meinung. Und dann sind das alle die, das sind so alle anderen.“ ([I5]: 169–174)

Diese „alle anderen“, zu denen sich die Interviewperson selbst zählt, können – angelehnt an den Ansatz des Advocacy-Coalition-Framework (vgl. z. B. Sabatier 1993, Sabatier/Jenkins-Smith 1999) – als *Pro-ART-Koalition* genannt werden, deren VertreterInnen (in gewissen Grenzen) für permissive Regelungen der ART und der assoziierten Biotechnologien in Forschung und klinischer Anwendung eintreten. Das „katholische Lager“ hingegen nimmt eine ablehnende Position zu den ART ein und votiert für eine mehr oder minder restriktive Regelung der ART und Gendiagnostik, d. h. es spricht sich in den meisten Diskussionspunkten für eine Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage aus. Diese *Contra-ART-Koalition* setzt die Position fort, die bestehend aus ÖVP-PolitikerInnen, ÖVP-Vorfeldorganisationen, VertreterInnen der katholischen Amtskirche und nahen Organisationen wie der „Aktion Leben“ bzw. einzelnen Theologen, Rechtsanwälten und MedizinerInnen während der 1980er Jahre die *Koalition der Lebens- und Familienbewahrer* vertreten haben (vgl. Hadolt 2007).

Die Teilung in die beiden „Lager“ trat auch bei der Behandlung der Themenkreise während der folgenden Jahre, darunter PID, insofern zutage, als die jeweiligen VertreterInnen mit denselben Grundhaltungen in die Bewertungsarbeit des gerade behandelten Themas hineingingen und so die „Kluft“, wie das die Interviewperson nennt, zwischen beiden den Gruppen reproduzierten. Dabei bildete sich anscheinend ein zunehmend pragmatischer Umgang mit der jeweils gegnerischen Position heraus, der anfangs jedoch durchaus konfliktgeladen gewesen sein dürfte:

„[W]ir haben uns sehr zusammengerauft am Anfang und es hat viele, viel Spannungen gegeben. Und jetzt kennt man sich irgendwie und meidet das.“
 ([15]: 195–198)

Laut dem interviewten Mitglied wurde PID in der Bioethikkommission nicht als komplett „neues“ Thema diskutiert. Vielmehr wurde das Thema stark an die Debatte um die frühere Stammzellenforschung dergestalt angelehnt, dass die VertreterInnen der beiden Koalitionen wieder die Grundpositionen einnahmen, die sie bereits während der Beschäftigung mit Stammzellenforschung formuliert hatten. Dazu erklärte die interviewte Person:

„[W]ir haben weniger [über PID] diskutiert als über die Stammzellenforschung, weil da waren dann die Positionen abgeklärt. Es ist eigentlich eine Wiederholung gewesen, ja? Und es haben sich einige mehr [Mitglieder] dafür entschieden [für ein permissives Votum], weil es jetzt nicht Forschung am Embryo ist, [...] sondern eine Selektion von Embryonen. [...] im Wesentlichen. Also da hat sich das einfach, da war das Muster festgefahren.“ ([15]: 397–408)

Dieses „Muster“, so die interviewte Person, setzte sich auch bei der Beschäftigung mit ART-bezogenen Themen im Zeitraum nach der PID-Stellungnahme fort.

Anlass für die BEK, sich mit PID zu beschäftigen, dürfte u. a. zum einen die Auseinandersetzung mit dem Entwurf der Novelle des FMedG während des Begutachtungsverfahrens im März 2004 gewesen sein. Während alle Mitglieder für die im Entwurf vorgesehene Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für Keimzellen und Embryonen stimmten, widersprachen neun der 16 mitstimmenden Mitglieder dem Vorhaben des Entwurfs, die Klonierung „entwicklungsfähiger Zellen“ generell zu verbieten: Formen des Klonens, „die sich als therapeutisch sinnvoll erweisen könnten“ (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2004), sollten nicht von vornherein verboten werden. Zum anderen machte der damalige Vorsitzende der BEK und bekannte Reproduktionsmediziner Johannes Huber PID zum Thema einer Stellungnahme.

Aufgrund der „Lagerbildung“ innerhalb der Bioethikkommission spiegeln Voten eher die jeweilige Grundhaltung wider, die die beiden Lager kennzeichnet, und weniger die Summe der Einzelmeinungen der Mitglieder. Dass verschiedene Stellungnahmen mit Mehrheits- und Minderheitsvoten verbunden sind, muss also vor diesem Hintergrund bewertet werden; lediglich bedingt darf aus der Anzahl der Mitglieder, die für das eine oder andere Votum unterzeichnen, auf die Zustimmungstärke zur jeweiligen Empfehlung geschlossen werden. Die Stimmenanzahl für oder gegen ein Votum sagt mehr über die Zusammensetzung des Gremiums aus als über die Einzelmeinung der Mitglieder. Letztendlich ist das Stimmverhalten und die stimmenmäßige Unterstützung eines Votums davon abhängig, wie viele VertreterInnen der einen oder anderen Koalition Mitglied im Gremium werden und damit mitstimmen. Wie das interviewte Mitglied der BEK bestätigt, kann das Ergebnis einer

Stellungnahme wesentlich beeinflusst werden, „indem man die Zusammensetzung [des Gremiums] steuert“. Dies wird auch von anderen AkteurInnen in ähnlicher Weise wahrgenommen; eine Vertreterin einer Behindertenorganisation meinte in diesem Zusammenhang, dass die BEK mit „keinen neutralen Personen“ ([I4]: 172–173) besetzt sei.

Der über 70 Seiten umfassende Bericht der Bioethikkommission umfasst im Wesentlichen drei Teile. Im ersten Teil werden ausführlich die naturwissenschaftlich-medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte von PID dargestellt. Diese Darstellung folgt im Großen und Ganzen der üblichen Literatur und fasst diese zusammen. Als bedeutsam ist hier anzumerken, dass Blastomerbiopsie und Polkörperanalyse nicht als die beiden Typen von PID klassifiziert werden, sondern Letztere als Alternative zur PID dargestellt wird (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2004: 5). An den ersten Teil schließt sich ein ausführlich begründetes Votum von zwölf Mitgliedern des Gremiums für eine beschränkte Zulassung von PID an. Der dritte Teil enthält ein ebenfalls begründetes Votum für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage, also für ein Verbot von PID. Für beide Voten gibt es je ein Sondervotum eines einzelnen Mitglieds, das das jeweilige Votum zwar unterstützt, jedoch mit einer zum Teil anderen Begründung. Ergänzt werden diese Teile schließlich durch eine ausführliche Bibliografie, in der neben wissenschaftlicher Literatur auch diverse in- und ausländische Stellungnahmen vonseiten verschiedener Interessengruppen und fachprofessionellen Vereinigungen angeführt werden.

Wie Gmeiner (2004) darstellt, dürfen die gewichtigen Differenzen zwischen den beiden Voten nicht darüber hinwegtäuschen, dass die beiden Voten in wichtigen Punkten auch übereinstimmen. Das betrifft das Verbot einer uneingeschränkten Zulassung von PID, der Gebrauch von PID zur positiven Selektion gewünschter Merkmale, ein generelles Screening im Rahmen von IVF-Behandlungen ohne ein spezifisches Verdachtsmoment einer erblichen Belastung, aber auch die Ablehnung eines Totalverbots. Der Einsatz von PID zur Erhöhung der Implantationsrate bei IVF/ICSI findet bei allen Mitgliedern Zustimmung.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Differenz zwischen lebensfähig/lebensunfähig und lebenswert/lebensunwert, die im Bericht ausführlich diskutiert wird. Im ersteren Fall geht es um die Herstellung einer grundsätzlichen Chance auf Schwangerschaft und Geburt, indem keine Embryonen transferiert werden, die nicht bereits von vornherein nicht überlebensfähig sind bzw. die aufgrund einer schweren genetisch bedingten Krankheit bei oder „bis spätestens wenige Monate nach der Geburt“ sterben (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2004: 47). Im zweiten Fall geht es um die Verhinderung der Geburt eines behinderten Kindes. Während alle Mitglieder für die Legitimität von PID bei ersterem Fall stimmen, scheiden sich die Meinungen bei zweiterem Fall.

Die Einigung auf die Legitimität von PID für den Zweck der Verbesserung der Erfolgsrate von IVF stellte insofern eine veränderte Position zum FMedG dar, als dieser Punkt, der zuvor aus

dem FMedG nur abgeleitet wurde, nun explizit festgehalten wird. Der interviewte Beamte des BMJ meint dazu:

„Ich habe die ganze Zeit gemeint, dass man da in der Kommission lange untersucht hat, was man denn eigentlich jetzt machen könnte, um das Gesetz aufzuweichen, um es breiter zu interpretieren. Und [da hat man gesagt:] untersuchen wir einmal, ob der Embryo lebensfähig ist.“ ([I2]: 207–211)

Während die Mitglieder der BEK, die für eine Beibehaltung der Gesetzeslage eintreten, PID nur zur Verbesserung der Erfolgsrate von IVF eingesetzt haben wollen, sprechen sich die VertreterInnen der *Pro-ART-Koalition* für eine Ausweitung der Indikationen für PID ein: Ihres Erachtens soll PID „auch für Paare zugelassen werden, die ein hohes Risiko aufweisen, ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung zu bekommen“ (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2004: 47). Zur Verhinderung von Erbkrankheiten, die über die Geschlechtschromosomen vererbt werden, solle auch die Bestimmung des Geschlechts des Embryos zulässig sein.

Begründet wird der ausgeweitete Indikationskatalog damit, dass es in solchen Fällen problematischer sei, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, als bereits vor einer Schwangerschaft Embryonen mit Erbschäden auszuwählen. Als Begleitmaßnahmen empfehlen die VertreterInnen der *Pro-ART-Koalition* eine verpflichtende genetische Beratung und verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Weiters sollten die Gesetzestexte so formuliert werden, dass „aus ihnen keine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen abgeleitet werden kann“ (ebd.: 48). Die neue Regelung könne entweder im GTG oder FMedG vorgenommen werden.

Die Vertreter der *Contra-ART-Koalition* in der BEK (das sind zum betreffenden Zeitpunkt alles Männer) argumentieren, dass die bestehende Gesetzeslage nicht geändert werden soll, (1) weil durch die Anwendung von PID menschliches Leben zur Disposition gestellt würde, (2) weil PND (Stichwort „Schwangerschaftskonflikt“) und PID („Schwangerschaft zur Probe“) nicht miteinander vergleichbar seien, (3) weil die Zulassung für wenige Indikationen zu einem gesellschaftlichen Druck für eine Ausweitung der Indikationen führe, (4) weil IVF im Falle einer Lockerung des PID-Verbots allen Paaren (nicht nur unfruchtbaren Paaren) zugänglich gemacht werden müsste und schließlich (5) weil der Gesetzgeber mit der Zulassung von PID die Stigmatisierung von behinderten Personen öffentlich und legitim mache (ebd.: 64 f.).

In den Medien fand der Bericht wie auch seine Präsentation auf der Pressekonferenz Mitte Juli 2004 große Resonanz. Diese war überwiegend positiv, aber auch kritische Stimmen wurden geäußert (z. B. Der Standard, 20.7.2004, Kurier, 20.7.2004). Die Argumente für oder gegen PID folgten dabei den bekannten Argumentationslinien. Die „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ verwies auf die „Gefahr, dass die tendenzielle Behindertenfeindlichkeit

in der Gesellschaft weiter gefördert wird“¹⁹. Welche Meinung auch immer vertreten wurde, der Bericht der BEK zu PID stellte (und stellt) – ähnlich wie der Bericht der IVF-Kommission Mitte der 1980er Jahre für die Genese des FMedG²⁰ – ein zentrales Referenzwerk für die folgende politische Diskussion um PID dar.

3.4 Novellierung des GTG 2005

War die Enquete 2000 noch unter Federführung des BMJ und im Nahebereich zum FMedG und dessen Novellierung 2004 gestanden, ging die Initiative für eine Novellierung des GTG 2005 vom BMGF aus. Obwohl zeitlich versetzt (so setzte eine interviewte Beamtin des BMGF den Beginn der politischen Diskussion um PID erst mit ca. 2002 an), verlaufen beide Regelungsbemühungen parallel zueinander – und bisweilen wenig aufeinander abgestimmt. Für die interviewte Beamtin war das Thema PID „plötzlich Diskussionsgegenstand“:

„Ich weiß nur, dass es dann eines Tages plötzlich Diskussionsgegenstand war und zwar sowohl von der Bioethikkommission aus, die ja auch einen Beschluss, den Sie wahrscheinlich eh kennen, dazu gemacht hat, 2004. Und auch bei uns im Ausschuss, im WAGG [„Wissenschaftlicher Ausschuss zu Genanalyse und Gentherapie am Menschen“], weil man damals schon wusste, also das Gesetz gehört in punkto rote Gentechnik auch novelliert. Das war ja die letzte Novellierung, die graue [Gentechnik in der Umwelttechnik] und die grüne sind schon vorher angepasst worden.“ ([I1]: 733–739)

Konkrete Schritte in Richtung Novellierung wurden im Dezember 2002 mit der Befassung des im Zitat erwähnten „Wissenschaftlichen Ausschusses zu Genanalyse und Gentherapie am Menschen“ (WAGG) – einer der Ausschüsse der im Gesundheitsressort angesiedelten Gentechnikkommission (GTK) – mit der Thematik und der Einsetzung der Arbeitsgruppe Gentechnik-Medizin gesetzt. Diese Arbeitsgruppe, die sich aus Mitgliedern des Ausschusses und externen ExpertInnen zusammensetzte, hatte die Aufgabe, „eine Bestandsaufnahme zu machen, welche neuen Aspekte und Fragestellungen sich auf diesem Gebiet seit Inkrafttreten des GTG ergeben haben“ (Nationalrat 2005a: 12; vgl. auch Grießler 2008). Sie setzte sich neben der Untersuchung von Polymorphismen, Massenuntersuchungen, genetischer Beratung (in erster Linie für prädiktive Gendiagnostik) und Datenschutzfragen bei gendiagnostischen Erhebungen auch mit der Zulässigkeit von PID auseinander.

¹⁹ vgl. „Bizeps-Info“, <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=5265> (Abruf: 8.9.2008)

²⁰ III-150 BlgNR 16. GP

Die Arbeitsgruppe kommt zu ähnlichen Empfehlung an den Gesetzgeber wie die BEK – was in Anbetracht personeller Überschneidungen zwischen Arbeitsgruppe und BEK nicht verwundert. Die Arbeitsgruppe nimmt explizit Bezug auf die Stellungnahme der BEK und zieht deren Mehrheitsvotum zur Begründung und Legitimierung für ihre eigene Empfehlung heran („Dritter Bericht der GTK“, Nationalrat 2005a).²¹ Zur Relevanz der BEK für die ministerielle Arbeitsgruppe meint die interviewte Beamtin des Gesundheitsressorts:

„Also man hat die Bioethikkommission schon als DAS Organ gesehen, als dass sie sich selbst sieht und wofür sie auch geschaffen ist: also sozusagen grundlegende ethische Entscheidungen, vor allem im medizinischen Bereich, zu treffen und damit sozusagen der Politik Handlungsanweisungen im weitesten Sinn zu geben oder zumindest die Voraussetzungen, dass die Politik handeln kann.“ ([11]: 906–912)

In einem einstimmigen Beschluss hat sich die Arbeitsgruppe Gentechnik-Medizin „für eine ausdrückliche nationale Regelung der PID ausgesprochen und nach intensiver Diskussion ethischer, technischer und rechtlicher Aspekte die ausdrückliche rechtliche Zulässigkeit der PID in Österreich einstimmig empfohlen“ (Nationalrat 2005a: 20).

Mit dem Verweis darauf, dass im GTG auch bereits bestimmte pränatale Untersuchungen geregelt seien, sieht die Empfehlung vor, die Neuregelung im GTG vorzunehmen. Wie auch die Stellungnahme der BEK empfiehlt die Arbeitsgruppe, dass PID nur bei Vorliegen gewisser Kriterien zulässig sein soll, nämlich wenn das Paar ein hohes Risiko hat, ein Kind mit „einer schwerwiegenden, genetischen Krankheit“ zu bekommen, die sich „durch schwere körperliche oder geistige Fehlbildungen äußert“ und die nach dem Stand der Wissenschaft nicht behandelbar ist (Nationalrat 2005a: 23). Diese Empfehlungen und jene der BEK stellten die wesentlichen Grundlagen für die Ausarbeitung des Entwurfs für eine Novelle des GTG dar, der im BMGF vorbereitet wurde.

Mit einer Frist zur Stellungnahme bis zum 20. August sandte das BMGF am 21. Juli 2005 einen Ministerialentwurf für die Novellierung des GTG zur offiziellen Begutachtung aus (Nationalrat 2005b). Der Entwurf sah eine Änderung des GTG in mehreren Punkten vor, darunter eine Neudefinition des Begriffs „Genanalyse“, eine Ausdifferenzierung der bisherigen Grundtypen prädiktiver bzw. nichtprädiktiver genetischer Analysen und eine daran geknüpfte Spezifizierung des Beratungsbedarfs bzw. des Umgangs mit genetischen Daten.²² Große mediale Resonanz – und massiven Widerstand, in erster Linie von Behindertenver-

²¹ Mitunter – wie im „Vierten Bericht der GTK“ vom Juni 2008 (Nationalrat 2008) – wird auch unter dem Tisch fallen gelassen, dass der Bericht der BEK auch ein Minderheitsvotum für eine Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage enthält.

²² Zu einer ausführlichen Diskussion der vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der Gendiagnostik beim Menschen siehe Griesler 2008.

treterInnen und LebensschutzaktivistInnen – löste jedoch das Vorhaben aus, PID in eingeschränktem Maße zuzulassen. Strittig war § 65 (3), der Folgendes vorsah:

„Die Durchführung einer präimplantiven genetischen Analyse ist nur im Einzelfall und nur zur Überprüfung der Lebensfähigkeit eines Embryos zulässig, wenn

- (a) nach drei oder mehr Anwendungen der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) möglicherweise aufgrund des Transfers nicht überlebensfähiger Embryonen keine Schwangerschaft herbeigeführt werden konnte, oder
- (b) aufgrund von chromosomalen oder genetischen Befunden der Eltern oder aus vorangegangenen Schwangerschaften das Risiko einer schweren Erkrankung besteht, die noch während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder bald nach der Geburt zum Tode führt.“ (Nationalrat 2005b)

Zu betonen ist an dieser Stelle, dass der Entwurf nicht vorsah, PID bei dem Risiko einer schweren genetischen Krankheit zu erlauben, die *nicht* unmittelbar zum Tod führt: PID bei „embryopathischer Indikation“ sollte damit verboten bleiben. Dies gilt auch für das generelle Screening auf Schäden im Rahmen von IVF ohne spezifisches Verdachtsmoment. Weiters findet – wie in der Stellungnahme der Medizinischen Universität Innsbruck zum Novellierungsentwurf kritisiert – die Indikation wiederholter Fehlgeburten keine Beachtung. Im Wesentlichen sah der Ministerialentwurf eine Zulassung von PID in solch engen Grenzen vor, wie sie beide „Lager“ in der BEK, also auch die *Contra-ART-Koalition*, in ihrer Stellungnahme ethisch zulässig erachtet hatten.

Tatsächlich scheinen BehindertenvertreterInnen und Lebensschutzorganisationen im Vorfeld des Begutachtungsverfahrens über das Vorhaben nicht informiert oder nicht in konkrete Verhandlungen eingebunden gewesen zu sein. Das trifft auch auf PolitikerInnen zu, deren Eintreten für Behindertenbelange bekannt ist ([I7]). Erst aufgrund der starken Medienresonanz ihrer Kritik wurden diese AkteurInnen zu Gesprächen eingeladen. Dies bestätigten auch mehrere InterviewpartnerInnen ([I3], [I4], [I6], [I7]). Abgesehen von einer Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer waren Interessenvertretungen insbesondere von ReproduktionsmedizinerInnen medial kaum präsent.

Der Umstand, dass das Begutachtungsverfahren während des Sommers und der Haupturlaubszeit eingeleitet wurde, rief bei InteressenvertreterInnen, aber auch bei Angehörigen des BMJ besonderen Unmut hervor ([I6], vgl. auch Biegelbauer/Grießler 2009). Das BMGF begründete diesen Schritt damit, dass eine spätere Begutachtung aufgrund der anstehenden Wahl zum Nationalrat im Herbst 2005 zu einer Verzögerung des Novellierungsvorhabens auf unbestimmte Zeit nach sich gezogen hätte. Die Beamtin des Gesundheitsministeriums führt dazu im Interview aus:

„Es hat damals einige Probleme gegeben, weil die Begutachtung so war, dass sie über den Sommer gegangen ist. Das ist uns vielfach ausgelegt worden als Versuch, äh, Nicht-so-PID-Begeisterte zu legen oder so, die Frist zu versäumen. Das war absolut nicht der Fall, sondern das hat einfach den Grund gehabt, was im Grunde auch jeder wusste, dass das Parlament damals schon in seinem Endstadium war, weil Neuwahlen schon vor der Tür waren. Und wo man gewusst hat, man muss das bis Ende September oder Anfang Oktober durchbringen, ansonsten fängt man wieder von vorne an.“ ([I1]: 1124–1133)

BehindertenvertreterInnen und Lebensschutzorganisationen (an erster Stelle die „Aktion Leben“, die sich als Erste „auf die Hinterfüße gestellt“ ([I2]) hat) hingegen waren der Meinung, dass das Begutachtungsverfahren in die Sommermonate verlegt wurde, um sie von einer fundierten Auseinandersetzung mit dem Gesetzesvorhaben auszuschließen und so den strittigen Punkt PID „leichter durchzubringen“. In diversen Presseaussendungen wurde angeprangert, dass durch diese Vorgangsweise PID über die „Hintertür“ und ohne öffentliche Diskussion („Aktion Leben“)²³ und „geheim und im Hochsommer“ („Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“)²⁴ eingeführt werden solle. Die „Lebenshilfe Österreich“ textete in einer Pressemitteilung am 8.8.2005:

„Ohne vorangehende öffentliche Diskussion und Einbindung der Kritik oder [sic] der Behindertenverbände soll das Sommerloch genutzt werden, um eine fragwürdige, aber gewinnträchtige Methode quasi geheim zu legalisieren.“²⁵

Die knappe Frist für eine Stellungnahme wird auch in verschiedenen offiziellen Stellungnahmen zum Entwurf kritisiert (z. B. in den Stellungnahmen der Vorarlberger Landesregierung, des Verfassungsdienstes im Bundeskanzleramt und der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck).

Auch Angehörige des BMJ zeigten sich erstaunt und verstört über die Vorgangsweise des BMGF. Die „Lebenshilfe Österreich“ stellte am 9.8.2005 im Internetnachrichtenforum „Bizeps-Info“²⁶ einen Brief des Pressesprechers des BMJ an die „Lebenshilfe Österreich“ online, der folgendermaßen zitiert wird:

²³ vgl. „Bizeps-Info“, 5.8.2005, Text erstellt von „Aktion Leben“, <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6208> (Abruf: 7.7.2008)

²⁴ vgl. „Bizeps-Info“, 5.8.2005, Text erstellt von der Ethikkommission, <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6209> (Abruf: 7.7.2008)

²⁵ vgl. „Bizeps-Info“, 8.8.2005, Text erstellt von „Lebenshilfe Österreich“, <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6220> (Abruf: 7.7.2008)

²⁶ vgl. <http://www.bizeps.or.at/>

„Sg. Damen und Herren des Vereins Lebenshilfe! Die Bundesministerin für Justiz war von vorliegendem Begutachtungsentwurf vorab nicht informiert. Das BM für Gesundheit und Frauen hat zu keinem Zeitpunkt das BMJ von der Versendung der Gentechniknovelle in die Begutachtung in Kenntnis gesetzt, wobei besonders vermerkt werden muss, dass das BMGF damit in legislative Zuständigkeiten eingreift, die ausschließlich das BMJ betreffen (Fortpflanzungsmedizingesetz).

Bundesministerin Gastinger wurde bereits gestern telefonisch von dieser doch eigenwillig anmutenden Vorgangsweise informiert, und hat dem BMGF mitteilen lassen, dass sie eine Zustimmung zum vorliegenden Entwurf derzeit nicht geben kann. Insbesondere regt die Bundesministerin für Justiz eine Gesprächsrunde mit VertreterInnen von Menschen mit Behinderungen an. Bei solchen wichtigen Themen ist ein Diskussionsprozess unbedingt notwendig, um der Sensibilität der vorliegenden Materie gerecht zu werden. Christoph Pöchinger, Pressesprecher Bundesministerium für Justiz“.²⁷

Die Kritik des BMJ darüber, in das Novellierungsvorhaben nicht eingebunden gewesen zu sein, wird schließlich auch in der offiziellen Stellungnahme des BMJ im Rahmen des Begutachtungsverfahrens deutlich:

„Davon abgesehen bedauert es das Bundesministerium für Justiz, dass es – ungeachtet seiner Mitzuständigkeit für das Fortpflanzungsmedizingesetz – nicht in die Vorbereitung des gegenständlichen Entwurfes einbezogen wurde.“²⁸

Neben der Vorgangsweise wird auch kritisiert, dass mit § 65 (3) auch das FMedG geändert werde, ohne dies jedoch kenntlich zu machen.

Aufgrund der massiven Kritik von mehreren Seiten verlängert das BMGF die Frist für die Begutachtung vom 20. August bis zum 1. September 2005. Im Laufe des Begutachtungsverfahrens (und auch noch nach dessen offiziellem Ende) langten 27 Stellungnahmen ein (für eine Zusammenstellung der Stellungnahmen siehe Anhang). Viele der Stellungnahmen beschäftigen sich vorrangig mit PID, obwohl der Ministerialentwurf auch die Änderung anderer Teile des GTG vorsieht. Einige Stellungnahmen hingegen thematisieren PID überhaupt nicht (die Stellungnahmen des Rechnungshofs und des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungsträger).

²⁷ vgl. „Bizeps-Info“, 9.8.2005, Text erstellt von „Lebenshilfe Österreich“, <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6226> (Abruf: 7.7.2008)

²⁸ Stellungnahme von: BM für Justiz zu dem Ministerialentwurf betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Gentechnikgesetz geändert wird; 15/SN-327/ME (XXII. GP).

Die meisten Stellungnahmen, die PID thematisieren, bemängeln, dass Begriffe wie „im Einzelfall“ und „bald nach der Geburt“ zu unspezifisch seien; einige davon leiten eine Missbrauchsgefahr ab (z. B. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck, Amt der Wiener Landesregierung und Amt der Vorarlberger Landesregierung). Eine Reihe von Stellungnahmen stimmt dem Ausmaß der Freigabe von PID zu (BM für Finanzen, Amt der Tiroler Landesregierung und die Österreichische Ärztekammer); bisweilen wird dabei die legislative Umsetzung bemängelt (hier besonders der Österreichische Rechtsanwaltskammertag).

Vier der Stellungnahmen kritisieren, dass der Entwurf zu wenig weitgehend ist und die Zulässigkeit von PID auch auf weitere Indikationen ausgedehnt werden müsse (Medizinische Universität Innsbruck, Christian Kopetzki und Ulrich Körtner) oder dass verschiedene Begleitbestimmungen unnötig seien (Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie). Sechs Stellungnahmen lehnen den gesamten § 65 mehr oder minder ab („Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“, Österreichische Bischofskonferenz, Amt der Salzburger Landesregierung, BMJ, „Aktion Leben Österreich“, Amt der Vorarlberger Landesregierung), wobei die bekannten Argumente angeführt werden: noch weitere öffentliche Diskussion nötig, Behindertenverbände wurden nicht einbezogen, Selektion von Embryonen, Diskriminierung von Behinderten, PID kann nicht auf wenige Indikationen eingeschränkt werden, Designerbaby etc.

Die Unstimmigkeiten zwischen dem BMJ und dem BMGF, die zum Teil sehr kritischen Stellungnahmen, aber vielleicht mehr noch die Medienarbeit der PID-kritischen AktivistInnen dürften für den weiteren Verlauf des politischen Prozesses und letztendlich für die Streichung des § 65 (3) in der Novelle des GTG ausschlaggebend gewesen sein. Zum Teil nehmen die Stellungnahmen (wie jene der Salzburger Landesregierung) auch Bezug auf die medialen Äußerungen von Behindertenverbänden.

Während des Begutachtungsverfahrens setzten die Behindertenverbände und Lebensschutzorganisationen ihre Medienkampagne fort und suchten bei PolitikerInnen Unterstützung ihres Anliegens der Verhinderung von PID. Daneben fanden mehrere Gesprächsrunden zwischen den AktivistInnen und den mit der Thematik befassten Angehörigen des BMJ und BMGF statt, an denen auch die beiden Ministerinnen Karin Gastinger (BMJ) und Maria Rauch-Kallat (BMGF) teilnahmen. Eine interviewte Vertreterin einer Behindertenorganisation berichtet vom positiven Gesprächsklima, das bei den Anhörungen im BMJ mit Ministerin Gastinger geherrscht hat:

„Ich war bei mehreren Anhörungen im Ministerium [...] und das war echt toll, weil die sich wirklich Zeit genommen hat und weil wir alle alles vorbringen konnten und sie [Gastinger] hat sich Notizen gemacht und es war wirklich so das Gefühl: Du wirst ernst genommen. Und das Ergebnis WAR ja auch so. Also

es ist ja wirklich berücksichtigt worden. Also das war schon auch eines der wenigen Erfolgserlebnisse, die da rausgekommen sind.“ ([I4]: 903–910)

In einer Gesprächsrunde am 15. September in Anwesenheit von Ministerin Gastinger scheint es VertreterInnen der Behindertenverbände und Lebensschutzorganisationen gelungen zu sein, die Ministerin endgültig davon zu überzeugen, dass PID nicht erlaubt werden solle. Eine Vertreterin einer Lebensschutzorganisation erzählt im Interview, wie es dazugekommen ist:

„Und dann war eine Abschlussrunde. Das war, ja, eine Elefantenrunde, sozusagen, zu dem Thema. Da war eben Doktor Huber dabei und die Frau Doktor Steindl [die damalige Generalsekretärin von „Aktion Leben“]. [...] Und sie hat die Sache dann so zum Kippen gebracht. Das erzählt sie immer, dass der Doktor Huber gesagt hat: Es gehe wirklich nur darum, jene Embryonen auszusortieren, die halt Krankheiten haben, die WIRKLICH nicht mit dem Leben vereinbar sind. Und dann hat die Frau Doktor Steindl sich zu Wort gemeldet und hat gesagt: ‚So, und wie wollen Sie, und dann glauben Sie, dass halt der, der diese Untersuchung macht, schaut halt sich die Chromosomen an und wenn er jetzt sieht: Trisomie 13, also Trisomie 21, da macht er die Augen zu, ja?‘ Und dann war aber plötzlich für alle Anwesenden klar: Halt, da geht es ja auch um ganz andere Dinge. Da werden eben auch natürlich selbstverständlich Downsyndrom aussortiert, weil wer setzt einer Frau ein Kind mit Downsyndrom ein, wenn er es schon sieht? Also das wollen die auch nicht machen. Und dass das eigentlich gar nicht so stimmt, die Argumente, ja, die da gebracht wurden.“ ([I3]: 1466–1484)

Nachdem die Entscheidung gefallen war, PID nicht in die Novelle aufzunehmen, teilte die „Lebenshilfe Österreich“ in einer Aussendung auf „Bizeps-Info“ Gastinger zitierend mit:

„Das Thema sei wirklich gesellschaftlich hoch brisant und bedürfe eingehender Diskussionen unter Miteinbeziehung aller Beteiligten – sowohl Kritikern als auch Befürwortern und Betroffenen. Ministerin Gastinger habe sich nun auch mit Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat (ÖVP) darüber geeinigt, dass eine Zulassung der PID zum derzeitigen Informations- und Diskussionsstand auf keinen Fall Eingang in die Gesetze finden dürfe.“²⁹

Der interviewte Beamte des BMI erklärt das Scheitern der Legalisierung von PID in Österreich nicht nur mit dem massiven Widerstand der Behindertenverbände und Lebens-

²⁹ vgl. „Bizeps-Info“, 16.9.2005, Text erstellt von „Lebenshilfe Österreich“, <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6301> (Abruf: 8.9.2008)

schutzorganisationen, sondern auch damit, dass die Inhalte der Novelle in Sachen PID zu wenig weitgehend gewesen seien:

„Es war den vorsichtigen Kreisen, seien die jetzt aus dem extrem katholischen Lager, seien sie aus dem Behindertenlager, schon überhaupt diese Öffnung ein Problem, ein starkes ideologisches. Es war aber den Pragmatikern die vorgeschlagene Lösung eindeutig zu wenig. Das heißt, das, was die Präimplantationsdiagnostik zu leisten vermochte zum damaligen Zeitpunkt, von dem wären die österreichischen Konsumenten des neuen Rechtes AUCH ausgeschlossen worden. [...] Ja, das hat meiner Meinung nach die Ablehnungsfront besonders gefördert. Denn, wenn es sozusagen ein ideologischer Widerstand ist und es nicht einmal einen pragmatischen Nutzen gibt, dann tut man sich das eigentlich in der Politik eher nicht an.“ ([I2]: 261–280)

Neben dem Streit von BMJ und BMGF³⁰ darüber, in wessen Zuständigkeitsbereich PID fällt, führte – verschärft durch den Zeitdruck, die Novellierung noch in der Gesetzgebungsperiode abschließen zu können – die Kritik vonseiten sowohl der BefürworterInnen als auch GegnerInnen von PID dazu, dass es zu keiner Neuregelung von PID im Rahmen des GTG kam. Die Novellierung des GTG enthielt lediglich die unstrittigen Punkte; eine Neuregelung von PID wurde auf unbestimmte Zeit verschoben.

An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass feministische Positionen zu PID sowohl von ForscherInnen als auch von Frauenrechtsorganisationen und PolitikerInnen in Österreich kaum präsent waren. Das ist umso mehr verwunderlich, als sich österreichische Feministinnen mit den „Gen- und Reproduktionstechnologien“ in den 1980er Jahren sehr intensiv beschäftigten (z. B. Weikert et al. 1989).

Die Regierungsvorlage (RV) zur Novellierung des GTG, die den strittigen § 65 (3) nicht mehr enthielt, passierte am 20. September einstimmig den Ministerrat und wurde am 21. September dem parlamentarischen Verfahren zugeführt. Die Behandlung der RV im Parlament verlief ohne größere Kontroversen. Die Novelle des GTG wurde mit geringfügigen Änderungen, die durch einen Entschließungsantrag vorgenommen wurden, die aber nicht die Gendiagnostik am Menschen betrafen, in der Plenarsitzung des Nationalrats am 19. Oktober 2005 nach kurzer Debatte einstimmig angenommen (Nationalrat 2005c: 111–120, vgl. auch Biegelbauer/Grießler 2009).³¹

³⁰ Allerdings betonten beide interviewten BeamtInnen mehrmals, dass es zwischen ihren Ressorts eine gute Zusammenarbeit gäbe.

³¹ Novelle des Gentechnikgesetzes (GTG), BGBl. I Nr. 127/2005. Eine allgemein verständliche Erörterung aller relevanten Teile des Gentechnikgesetzes, die genetische Analysen am Menschen betreffen, bietet Satzinger 2006. In Kerschner et al. 2007 legt Satzinger einen ausführlichen Kommentar dazu vor.

Seit der Verabschiedung der Novelle des GTG gab es keine signifikante politische Initiative mehr, PID als Gegenstand der österreichischen Reproduktionstechnologienpolitik neu zu thematisieren oder die bestehende Gesetzeslage zu ändern.

4. PID im Rahmen des „Designerbabys“

Wie eingangs erwähnt, nimmt die Rede vom „Designerbaby“ in der Auseinandersetzung um die Bedeutung darüber, was PID „eigentlich“ ist (und wie die Gesellschaft daher mit PID umgehen soll), eine zentrale Rolle ein. Im österreichischen PID-Diskurs (aber auch in Ländern wie Großbritannien, vgl. Franklin 2006) stellt der Begriff des „Designerbabys“ quasi die Kernmetapher dar, um die herum sich verschiedene Bedeutungen verdichten – dies trotz der Tatsache (darüber sind sich die meisten AkteurInnen einig), dass Designerbabys derzeit technisch nicht machbar sind.

Die Rede vom „Design“ und „Designen“ impliziert planvolle Entscheidungen und die willentliche Gestaltung von Eigenschaften des designten Objekts. Dies zielt nicht nur auf die äußere Form des Objekts und dessen Performance, etwa darauf, dass das Objekt den Willen des Designers vollzieht; es geht auch um das „Wesen“ des Objekts. Das Objekt wird damit zu etwas Künstlichem, das dem Gestaltungswillen des Designers unterworfen ist und aufgrund seiner Künstlichkeit der vom Designer vorgegebenen Bestimmung gerecht werden soll.

PID im Kontext des Designerbabys verweist auf die Möglichkeit, die Eigenschaften der (zukünftigen) Kinder bestimmen zu können, und zwar was ihr „genetisches Design“, ihr *life itself* angeht (Rose 2001). Die moralische und (damit rechtliche) Zulässigkeit dieses Eingreifens und ihrer Grenzen bzw. die damit verbundenen gesellschaftlichen Folgeerscheinungen liegen im Zentrum der Kontroverse.

Damit geht PID über das „Kindermachen“ von IVF und anderen ART hinaus (vgl. Hadolt/Lengauer 2003). Bei PID geht es nicht mehr darum, der „Natur“ dort, wo sie nicht funktioniert (in den Eierstöcken, den Eileitern, den Hoden, bei der Verschmelzung von Ei- und Samenzellen, in der Plazenta etc.) auf die „Sprünge zu helfen“ und „nachzuahmen“ (Franklin 1997). Bei PID geht es gerade darum, der Natur *nicht* freien Lauf zu lassen, sondern dort einzugreifen, wo sie in eine „falsche“ Richtung läuft. Die Sozialanthropologin Sarah Franklin fasst diesen Umstand folgendermaßen zusammen:

„Whereas IVF was strongly naturalized from its inception through the idiom of ‚giving nature a helping hand‘, and indeed through the very term ‚assisted‘ conception, PID is much more explicitly represented as a direct intervention

into, and interruption of, the conceptive process. [T]he whole point of PGD is precisely *not* to give nature a helping hand but to *prevent* nature from doing what it might do ‚naturally‘, by making sure certain possibilities can be eliminated in advance.“ (Franklin 2006: 224)

Zwar wird der Begriff des Designerbabys mehr von PID-GegnerInnen verwendet als von PID-BefürworterInnen und steht daher eher für die negativ bewerteten Aspekte von PID; nichtsdestotrotz ist er auch mit positiven Bewertungen verbunden. Damit ist der Begriff des Designerbabys ein umkämpfter Ort der PID-Diskussion, an dem Definitionsmacht von mehreren Seiten ausgespielt wird.

Das Designerbaby taucht sowohl in den politischen Arenen wie auch in den Medien bereits zu Beginn der PID-Diskussion Ende der 1990er/Anfang der 2000er Jahre auf (Format, 7.2.2000: 110, Der Standard, 29.5.2000: 27, Enquete der BMJ 2000: 118, Diskussionsbeitrag von Franz Fischl, Format, 5.1.2001: 124, Der Standard, 14.5.2001: 28, Falter, Heureka, 16.5.2001: 3). Es scheint dabei das Bild des „gläsernen Menschen“ der 1990er Jahre abzulösen bzw. auf eine neue Stufe zu heben, indem es nicht nur mehr um das Wissenkönnen des „molekularisierten“ Menschen (Rose 2001) geht, sondern auch um das schöpfende Eingreifen in die grundlegenden Prozesse seiner Entstehung. Das Spektrum der Bedeutungszuschreibungen bleibt dabei über den ganzen Zeitraum, der im Zuge dieser Arbeit beobachtet wurde, hinweg stabil (vgl. z. B. PID-Bericht BEK; Stellungnahme der Österreichische Bischofskonferenz zum Ministerialentwurf).

Zwei hauptsächliche Bedeutungsbereiche können unterschieden werden, die sich zum einen um Wertideen über das illegitime, medizinische/technische Eingreifen in die körperliche Konstitution des imaginierten Kindes gruppieren, zum anderen um Wertideen über das Verhindern von Kranksein, Sterben und Leiden. Beispielhaft für ersteren Bereich kann die Frage um die Grenzen elterlicher Entscheidungen über das zu bekommende Kind gelten, bei der die Interessen und Wünsche der Eltern und die Interessen des gewünschten Kindes gegeneinander gestellt werden. GegnerInnen von PID wenden sich insbesondere gegen die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz des Sachverhalts, dass einem Kind die Existenzberechtigung nur unter Bedingungen zugesprochen wird. Eine interviewte Vertreterin einer Behindertenorganisation [I4] meint dazu:

„Für mich wird mit der ganzen PID ein Kind instrumentalisiert und das bringt ganz viele gesellschaftliche Werte vollkommen durcheinander, weil Eltern sich ihre Kinder eben nicht aussuchen können und in meinen Augen auch nicht aussuchen können sollen. [...] Das Kind wird [bei PID] nicht mehr angenommen quasi ohne Bedingungen als das Kind, das jetzt halt kommt in seiner Vielseitigkeit und Einzigartigkeit, sondern es wird nur unter bestimmten [Bedingungen] angenommen: Weil ich nicht diese Behinderung aufweise, die mein Geschwisterkind hatte; [...] weil ich die blauen Augen und die langen Haare

habe; [...] ich bin für irgendwelche Merkmale ausgewählt und geboren und wenn ich die nicht gehabt hätte, hätte ich Pech gehabt und wäre jetzt nicht ausgewählt worden.“ ([I4]: 1347–1368)

Hinsichtlich des Bedeutungsbereichs des Verhinderns von Leiden argumentieren BefürworterInnen von PID, dass die Durchführung einer PID sowohl Leiden des Kindes verhindern kann (wenn es sehr schwer krank ist) als auch das Leiden von werdenden Müttern und Eltern. Ein interviewter Vertreter einer Interessenorganisation für Humangenetik und Facharzt für medizinische Genetik führt dazu aus:

„Ich sage Ihnen, ich habe so viele Frauen bei mir sitzen, die da nachfragen [nach der Möglichkeit, eine PID durchführen zu lassen], die wir dann teilweise auch verweisen, sie müssen ins Ausland gehen, die zum Beispiel schon zwei, drei Schwangerschaftsabbrüche hinter sich haben, weil das Kind betroffen war. [...] DAS, sage ich einmal, sind die Leidtragenden von dieser Geschichte. Und ich sage einmal, es versteht kein normal denkender Mensch, warum ich eine Schwangerschaft auf Probe machen kann, einen Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation, und keine PID machen kann.“ ([I8]: 1192–1204)

Obwohl im bearbeiteten Datenmaterial auch Positionen zu finden sind, die diese beiden Bereiche als einander ausschließend auffassen und sich entweder in dem einen oder anderen Bereich ansiedeln, erscheinen die beiden Bereiche in vielen anderen Positionierungen als einander überlappend und als Kontinuum: Verminderung von menschlichem Leiden durch technisches Eingreifen wird hier als legitim und wünschenswert vorgestellt, der beliebige und unkontrollierte Zugriff auf menschliches Leben jedoch nicht. Damit wird die Frage nach den Grenzen zwischen legitim/nichtlegitim und wünschenswert/abzulehnen zu einem Brennpunkt des Konflikts. Es ist kennzeichnend für die Diskussion, dass diese Grenze selbst mit beträchtlicher Ambivalenz und Unsicherheit behaftet ist.

Dieser Sachverhalt wird etwa an der Frage deutlich, welche Krankheiten für eine embryopathische Indikation für eine PID infrage kommen und welche nicht. Eine taxonomische Aufzählung von konkreten Krankheiten und ihre Zuteilung in die Kategorien „schwer“ (und damit „ausselektierbar“) und „nicht schwer“ (und damit „verwerfbar“) würde in der Praxis schwierig sein und auch der Entwicklung neuer medizinischer Behandlungsformen bzw. der zum Teil erheblichen Varianzen im klinischen Bild ein und derselben Krankheit nicht gerecht werden ([I8]). Eine generelles Kriterium (z. B. in Form eines Katalogs von Krankheiten, die „bald nach der Geburt“ zum Tod führen, wie im Ministerialentwurf enthalten) bleibt ungenau und offen für eine (zu) breite Interpretation.

Die Präsenz des Begriffs des Designerbabys im PID-Diskurs bedeutet nicht, dass alle AkteurInnen den Begriff als unproblematisch erachten würden. Die Beamtin im BMGF meint zum „Problem Designerbaby“:

„Ja, also genau das ist eben das Problem, wenn es auch mit so einem Schlagwort, das so irreführend ist, belegt ist. Ab da fangen die Probleme dann an, weil da wird es dann unsachlich und nur mehr emotional wirtshausähnlich. [...] Also von Designerbaby kann derzeit noch keine Rede sein, wie wir alle wissen. Und, es ist sicherlich auch ein Problem, dass das möglicherweise zu wenig kommuniziert wird, was da passiert, was wirklich gemacht wird bei diesen Methoden.“ ([I1]: 1516–1523)

Auch erklärte GegnerInnen von PID halten das Bild des Designerbabys für nicht angebracht. Ein interviewtes ehemaliges Mitglied der „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ meint dazu im Interview:

„[D]ie Diskussion um das Designerbaby, die habe ich immer genauso versucht, [aus der Diskussion] rauszukriegen wie der Vergleich mit dem Dritten Reich. Also ich halte beides für nicht zulässig. Das eine ist noch so weit weg. Ich sage nicht, dass es das nie geben wird, weil wir in der Medizin dauernd überrascht werden [...]. [Ich meine aber,] dass DAS in der Diskussion nichts verloren [hat], sondern wirklich nur populistisch ist und der Vergleich mit dem Dritten Reich rennt genau in dieselbe Schiene. Wir leben in einer völlig anderen Gesellschaft, die ja völlig anders denkt. Und daher sind die Hintergründe der Selektion einfach komplett andere, die man nicht guten Gewissens wirklich miteinander vergleichen kann.“ ([I6]: 1783–1797)

Ob der Begriff befürwortet oder abgelehnt wird, gemeinsam ist allen AkteurInnen, dass sie sich auf die eine oder andere Weise zum Bild des Designerbabys verhalten müssen. In dieser Weise wird er zu einem Angelpunkt für die Diskussion, obwohl Designerbabys derzeit – hier sind sich alle AkteurInnen weitgehend einig – materiell/leiblich nicht existieren.

In den meisten Fällen, in denen AkteurInnen auf das Designerbaby Bezug nehmen, wird nicht behauptet, dass es solche Babys bereits gäbe oder dass die technischen Möglichkeiten dafür bereits vorhanden seien. Designerbabys und deren technische Machbarkeit gibt es noch nicht, sagen viele GegnerInnen wie BefürworterInnen von PID (wie auch in den oben zitierten Aussagen deutlich wird). Das „noch“ ist hierbei wichtig: Es bringt das Designerbaby als technisches, gesellschaftliches und leiblich-materielles Potenzial in die Gegenwart, wo es als Rahmen und Angelpunkt für die Diskussion und Bewertung der bereits bestehenden Möglichkeiten von PID dienen kann. In seiner „Noch nicht“-Qualität bekommt das Designerbaby Relevanz in der Gegenwart, obwohl ihm – scheinbar paradoxerweise – gegenwärtig keine materielle Existenz zugesprochen wird.

Bedeutungsstiftend wird das Designerbaby für PID, weil es als eine Art Endpunkt einer Trajektorie festgemacht wird, in der PID einen Schritt auf dem Weg zum Designerbaby darstellt. Je nach Wertung als wünschenswertes Ziel oder als Schreckensszenario ist das

Designerbaby Teil eines vorgestellten Fortschrittsvektors, der kaum oder nur mit Mühe aufzuhalten oder umzulenken erscheint: Die wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen schreiten in einem rasenden Tempo voran, ohne dass die gesellschaftlichen Entwicklungen (inklusive gesetzliche Regelungen) damit Schritt halten könnten. Diese technikdeterministische Sicht des Verhältnisses von Technik und Gesellschaft setzt bei PID fort, was auch bereits für die IVF-Diskussion während der 1980er Jahre gegolten hat, nämlich dass die Gesellschaft (und insbesondere die gesetzlichen Beschränkungen) den technischen Entwicklungen immer hinterherhinkt. Die interviewte Vertreterin einer Behindertenorganisation meint dazu:

„Ich habe immer das Gefühl, du hinkst ständig dieser Forschung hinterher, die so immens schnell ist und so immens schnell neue Ergebnisse produziert, die wieder ganz neue Türen öffnen. Also kaum, dass du das eine begriffen hast und anfängst, dir dort einmal eine Meinung zu bilden, ist es eh schon wieder vorbei. Das war wirklich also das Gefühl, das Tempo kann man nie halten.“
([I4]: 1784–1790).

Hinsichtlich der Annahme, Designerbabys gäbe es erst zukünftig, gibt es auch Ausnahmen. Diese betreffen konkrete Fälle von Babys, die nach PID entstanden sind und bei denen entlang „positiver“ Eigenschaften selektiert wurde (was die BEK in ihrem Bericht 2004 ebenso ablehnt wie der Ministerialentwurf und was technisch auch kein Designen des Lebens im engeren Sinne darstellt). Die Selektion betrifft in den meisten Fällen die Eignung, Gewebe (Knochenmark oder Stammzellen aus Nabelschnurblut) für ein erkranktes Geschwister spenden zu können, das ohne eine solche Spende weiter leiden oder sterben müsste. In den österreichischen Medien wird über solche „Fälle“ bereits seit Beginn der PID-Diskussion berichtet, etwa über einen nach PID geborenen Säugling, der für seine kranke, sechsjährige Schwester als „Blutzellenspender“ diente (Falter, Heureka, 16.5.2001: 3). Sehr oft werden solche nach bestimmten Eigenschaften selektierte Kinder in den Medien, aber auch von einigen politischen AkteurlInnen explizit als Designerbabys bezeichnet.³²

Auch wenn von verschiedener Seite Kritik am Medienhype über die „Designerbabys“ nach „positiver“ Selektion geübt wird, wird die Existenz solcher „Fälle“ nicht nur negativ bewertet. Die interviewte Beamtin des BMGF erachtet die Wirksamkeit eines „österreichischen Falls“ – hätte es ihn gegeben – als durchaus förderlich für eine fundiertere öffentliche Auseinandersetzung mit PID und letztendlich auch für deren Akzeptanz bei der Bevölkerung:

³² Für ähnliche Berichte über „Designerbabys“ in Ländern wie Großbritannien, den USA und der Schweiz siehe Format, 5.1.2001: 124, Der Standard, 14.12.2001: 38, Der Standard, 30.4.2005, Ressort: 1, Kleine Zeitung, 1.5.2005: 10, Salzburger Nachrichten, 31.5.2006: 11.

„Das war so das Problem, das ist jetzt MEINE persönliche Sicht, [...] dass es in Österreich keinen Fall gegeben hat oder zumindest keinen, der bekannt geworden ist. Also ich würde vermuten, dass es schon Fälle gegeben hat, dass die aber möglicherweise im Ausland behandelt worden sind. [...] ich war dann auf einer Konferenz [...] und das war hochinteressant, weil da hat man dann wirklich mitgekriegt, wie ein Land nach dem anderen aufgrund eines [...] Anlassfalles, der derart eindrucksvoll war, also wo klar war, dass die Kinder sterben und leiden, und die auch in den Medien entsprechend natürlich gepusht waren. Wie dann sozusagen der Druck am Gesetzgeber war, etwas zu machen. Und diese Staaten haben sich dann ALLE für eine Zulassung, auch innerhalb gewisser Grenzen natürlich, entschlossen. Aber das war dann ein Staat nach dem anderen.“ ([I1]: 913–948)

Technisch gesehen – und darauf verweisen insbesondere immer wieder BefürworterInnen von PID – wird bei „positiver Selektion“ keine Eigenschaft in dem Sinne designiert, dass auf molekularer Ebene Eigenschaften geändert würden. Auch hier geht es „bloß“ um die Selektion von Embryonen entlang gewünschter Eigenschaften. Was die Unterscheidung zwischen (angeblichem) Designerbaby („positive“ Selektion) und Nichtdesignerbaby nach PID („negative“ Selektion) jedenfalls sichtbar macht, ist die Bedeutung der Unterscheidung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit. Noch deutlicher wird die Bedeutung der Unterscheidung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Anwendungen, wenn es um Eigenschaften geht, die keinen Krankheitsbezug aufweisen, klassischerweise Augenfarbe, Körpergröße, Intelligenz oder Geschlecht. Die Nutzung von PID für die Hervorbringung solcher Eigenschaften wird von den meisten AkteurInnen in der Diskussion strikt abgelehnt.

Wenn PID also als zulässig erachtet werden sollte (und eine Reihe von AkteurInnen lehnt auch das ab), dann – so die weit vertretene Meinung – um Krankheiten zu verhindern. Als unzulässig wird PID fast von allen bewertet, wenn PID die medizinische Domäne verlässt. Freilich geht es auch bei den „Designerbabyfällen“ um die Abwendung von Krankheit und Tod, aber nicht bezogen auf das Designerbaby, sondern auf ein Geschwister. Hier kommt als Assoziation die fremdbestimmte Instrumentalisierung eines Menschen zugunsten eines anderen ins Spiel. Das interviewte Mitglied der „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“ meint zu dieser als „positiv“ bezeichneten Form der Selektion:

„Wo[rüber] wir uns dann natürlich ja immer wieder darüber unterhalten haben: Da produziere ich ein Kind aus einem bestimmten Zweck und dieses Kind darf dann nicht einfach glücklich aufwachsen, sondern muss zuerst einmal, obwohl es aber ÜBERHAUPT nichts [keine Krankheit] hat, verwendet werden. Und das ist der Punkt, warum wir dann so von der Meinungsvielfalt in der Gruppe doch eher dagegen waren.“ ([I6]: 2580–2586)

Die diskutierten Folgen des Symbols des Designerbabys werden in zwei Richtungen gedacht: zum einen bezogen auf den Ort seiner Herstellung, PID und IVF, und zum anderen bezüglich der gesellschaftlichen Folgen seiner (diskursiven wie leiblichen) Existenz.

Hinsichtlich letzterem Bereich nimmt die Frage nach den Konsequenzen für den gesellschaftlichen Umgang mit behinderten Menschen und Behinderung im Allgemeinen eine vorrangige Stellung ein. Befürchtungen werden dahingehend geäußert, dass über das Faktum, dass durch ein Gesetz Beurteilungen getroffen würden, eine Selektion von Embryonen offiziell legitim gemacht würde. Diese Bewertung könne, so PID-KritikerInnen, zu einer verstärkten Stigmatisierung von behinderten Menschen beitragen. Zudem würde es den Druck auf Eltern, insbesondere auf Frauen, erhöhen, keine behinderten Kinder zu bekommen, da sie ja verhinderbar seien. Durch PID stünde der Wert, wenn nicht gar die Berechtigung des Lebens von behinderten Menschen zur Disposition; dazu beispielhaft eine Aussage von Birgit Primig, damalige Vorsitzende der „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“:

„So lange der Wert des Lebens diskutiert wird, bleibt die Lebensqualität auf der Strecke. Mit dem Fortschritt der medizinischen Technik sind Menschen mit Behinderung wieder gezwungen, ihre eigene Existenz zu rechtfertigen.“³³

Dieses Argument wird zum Teil mit Schlagworten wie „Rasterfahndung nach Behinderung“, „Menschen nach Maß“, „Menschenzucht“ unterfüttert und mit Vorwürfen einer neuen Form von Eugenik verknüpft. Ähnlich wie in Deutschland, aber im Unterschied zu Großbritannien (Franklin 2006), wird dabei stark auf die Verbrechen im Zusammenhang mit dem Eugenikprogramm im nationalsozialistischen Deutschland und Österreich Bezug genommen, ohne aber genauer Gemeinsamkeiten oder Unterschiede darzustellen.

Der völligen Ablehnung der (präimplantativen wie pränatalen) Selektion von Behinderung werden andererseits die Belastungen der Eltern entgegengehalten, die ein behindertes Kind zu betreuen haben. Das interviewte Mitglied der BEK meint dazu:

„Ich finde, da gibt es wirklich auch konträre Betroffenenperspektiven. Da gibt es die Behindertenperspektive, das sind meistens auch Menschen, die selber mit Behinderungen leben. Und [diese] argumentieren mit ihrem eigenen schwierigen, aber erfüllten Leben und dem Recht auf Leben. Und das ist eine sicherlich ganz, ganz wichtige Position. Aber es gibt natürlich auch die Perspektive der Eltern und auch insbesondere der Frauen, die ja traditionell mehr betroffen sind. Und ich finde, man muss auch als Frau das Recht haben, zu sagen, ich bin nicht stark genug, [...] ich bin in einer Lebenssituation, die

³³ Zitiert in „Bizeps-Info“, 20.7.2004.

EXTREM schwierig ist, und ich schaffe das nicht und ich will das nicht. Ich kann mich dem nicht stellen, einem behinderten Kind, ja? Und [...] diese Perspektive ist sehr schwer zu artikulieren in der Öffentlichkeit, ja?“ ([I5]: 313–327)

Neben den Auswirkungen auf die gesellschaftliche Stellung und das Leben von behinderten Menschen werden auch weiter in der Zukunft liegende Gesellschaftsszenarien für möglich gehalten, zu denen die Anwendung von PID beitragen könnte. Dazu gehört die Idee einer „genetischen Zweiklassengesellschaft“, in der sich Wohlhabende die genetische Verbesserung ihrer Kinder leisten können (also tatsächliche Designerkinder), während finanziell minder bemittelten Personen diese Möglichkeit nicht zur Verfügung steht; ein solches Szenario wird im Ende der 1990er Jahre entstandenen Science-Fiction-Film *Gattaca* ausgeführt, der in einem Medienbeitrag zu PID auch Erwähnung findet (Salzburger Nachrichten, 28.2.2001: 3).

Solche Zukunftsszenarien, die nicht nur mehr auf die Verhinderung von Krankheit und Leid abstellen, sondern auf die „genetische Verbesserung der Menschheit“, treten in der österreichischen Diskussion selten mit positiven Konnotationen in Erscheinung. Jedoch nicht nur in der Transhumanismusbewegung, sondern auch bei „visionären“ WissenschaftlerInnen ist diese Sicht eine international gängige Haltung, vielleicht am prominentesten (und provokantesten) formuliert von James Watson, dem Co-Entdecker der Doppelhelix: „If we could make a better human baby by adding genes, why shouldn't we?“ (zit. n. Franklin 2006: 7; auch in: Format, 5.1.2001: 124).

Was die Wirkungen des Symbols des Designerbabys auf die Durchführung von PID angeht, so steht hier die Verfügbarkeit des Embryos im Zentrum der Diskussion. Die Verfügbarkeit des Embryos, also die Herstellung (gen)diagnostischen Wissens über den Embryo, die einen Embryo verwerfende oder auswählende Selektion und seine (technisch nicht mögliche) „designende“ Manipulation, wird über den ontologischen, rechtlichen und moralischen Status des Embryos abgehandelt.

Die hierbei verwendeten Argumentationen stammen zum einen aus der Diskussion um IVF und ART allgemein, betreffend etwa die Legitimität der Herstellung von „überzähligen“ Embryonen oder des „Verbrauchs“ von Embryonen; den künstlichen Eingriff in die menschliche Fortpflanzung; das Recht auf ein Kind; die Frage nach dem Beginn des Lebens; und die „Heiligkeit des Lebens und der Familie“. Zum anderen werden Themen und Argumentationen aus der Pränatal- bzw. Abtreibungsdebatte herangezogen, etwa die Frage, wann menschliches Leben schützenswert ist; die Verhinderung oder zumindest Verminderung von Leid; der Lebenswert bei Behinderungen; PID als neue Form der Eugenik; die Frage, wer über Selektion Entscheidungsgewalt haben soll; und „Schwangerschaft auf Probe“.

Wie auch immer die Sichtweisen und Wertungen in Zusammenhang mit dem Status des Embryos im Einzelnen ausfallen mögen, von vielleicht größerer Bedeutsamkeit ist, dass der Lebensbeginn des Menschen nicht mehr ohne den Embryo als eigenständige Entität konzeptualisierbar ist. Diesen Umstand hat PID nicht hervorgebracht, aber er wird durch PID weiter verstärkt. Über die verschiedenen biotechnologischen Interventionsmöglichkeiten (wie ART, Pränataldiagnostik, Stammzellenforschung und nicht zuletzt PID) wird der Embryo als eigenständige „Lebensform“ reproduziert (Kaufmann/Morgan 2005).

Was in der politischen/öffentlichen Debatte beinahe völlig fehlt, ist der Umstand, dass PID mit dem intendierten Ziel einer Schwangerschaft mit einem gesunden Kind möglicherweise scheitern könnte, weil eine IVF nicht erfolgreich verläuft. Dies steht im krassen Gegensatz zur Erfahrung von Frauen und Paaren, die PID tatsächlich in Anspruch nehmen (vgl. Franklin 2006). PID wird in der österreichischen Diskussion als reine Selektionstechnik diskutiert; dass PID, um letztendlich erfolgreich sein zu können, eine erfolgreiche IVF voraussetzt, ist kein Thema. Diskutierte „Fehlerquellen“ von PID betreffen lediglich die Wahrscheinlichkeit von falschen Befunden – weswegen auch nach erfolgter PID (und erfolgreicher Schwangerschaft) zu einer PND geraten wird – und die Möglichkeit, den Embryo bei der Biopsie zu schädigen.

5. Schlussbetrachtungen

Diese Arbeit hat sich zur Aufgabe gestellt, zum einen jene politischen Prozesse und öffentlichen Diskussionen darzustellen, in denen PID als Regelungsgegenstand der österreichischen Reproduktionstechnologienpolitik verhandelt wurde. Zum anderen beschäftigte sich der Text mit der Frage, welche Bedeutungen PID in diesen Zusammenhängen erlangte.

Die politische und öffentliche Diskussion um PID setzte in Österreich vergleichsweise spät ein und involvierte vorrangig ExpertInnenzirkel, deren TeilnehmerInnen sich in erster Linie aus den Fächern Reproduktionsmedizin, Humangenetik, Rechtswissenschaften und Bioethik rekrutierten. Zivilgesellschaftliche VertreterInnen von Behinderten- bzw. Lebensschutzorganisationen wurden erst auf deren medialen Druck und relativ spät in die Verhandlungen um eine Neuregelung der ART eingebunden. Eine öffentliche Diskussion im größeren Ausmaß entstand lediglich während der relativ kurzen Zeitspanne der Begutachtungsphase des Novellierungsentwurfs für das GTG 2005.

Der politische Prozess um PID nahm die politischen Diskussionen um die „Gen- und Reproduktionstechnologien“ wieder auf, die in Österreich in den 1980er und frühen 1990er Jahren zum Teil sehr heftig geführt wurden und die in den 1990er Jahren nach Inkrafttreten des FMedG 1992 und des GTG 1994 weitgehend geruht hatten. Die Novellierungsbemühungen erfolgten seit 2000 in drei Phasen.

Die Initiative für eine Neuaufnahme der Diskussion ergriffen BeamtInnen des BMJ mit einer Enquete im Jahre 2000, wobei die Veranstaltung im Kontext der ART (und weniger der Gendiagnostik/Gentechnologie) stand. Aufgrund der mäßigen Unterstützung für eine permissive Regelung der ART, darunter PID, kam es zu keinen wesentlichen Gesetzesänderungen und das FMedG wurde 2004 lediglich mit kleineren Neuerungen novelliert.

Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt legte 2004 als zweite bedeutende Initiative einen ausführlichen Politik beratenden Bericht zur PID vor, in dem ein größerer Teil des ExpertInnengremiums – die als *Pro-ART-Koalition* bezeichnete werden kann – ein Votum für eine beschränkte Zulassung der PID abgab; ein kleinerer Teil – die *Contra-ART-Koalition* – plädierte in einem weiteren Votum für eine Beibehaltung der Gesetzeslage. Aufgrund der ausführlich argumentierten Standpunkte und der hochrangigen Besetzung des Gremiums fungierte der Bericht als zentrales Referenzwerk für den späteren Politikprozess.

Im Sommer 2005 schließlich versuchten VertreterInnen des BMGF, PID in der Novelle des GTG (also über den Bereich der Gendiagnostik/Gentechnologie) neu zu regeln und im sehr begrenzten Rahmen zu erlauben. Aufgrund des massiven Widerstands von BehindertenvertreterInnen und LebensschutzaktivistInnen, der u. a. über die Medien geäußert wurde, aber auch aufgrund der fehlenden Unterstützung des BMJ und vieler kritischer Stellung-

nahmen verschiedener AkteurInnen im Begutachtungsprozesses des Gesetzesentwurfs wurde der strittige Gesetzesabschnitt zu PID wieder gestrichen und das GTG ohne PID novelliert.

Für die Regelungsbemühungen von PID waren zwei gruppenbezogene Differenzlinien besonders maßgeblich. Zum einen suchten PID-BefürworterInnen und PID-GegnerInnen ihre Interessen und Standpunkte durchzusetzen – Erstere traten für eine beschränkte Zulassung von PID und damit für eine Änderung der Gesetzeslage ein, Zweitere unterstützten die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage. Diese beiden Positionen finden sich – bei allen Zwischenhaltungen – sowohl auf der Ebene der beteiligten wissenschaftlichen ExpertInnen als auch den verschiedenen InteressenvertreterInnen sowie (weniger explizit) bei den involvierten BeamtInnen und PolitikerInnen.

Zum anderen war die PID-Diskussion geprägt durch die Tätigkeiten und Zuständigkeitsansprüche einerseits des BMJ (seit Ende der 1980er Jahre zuständig für das FMedG) und andererseits des BMGF (zuständig für das GTG). VertreterInnen der beiden Ministerien bezogen – trotz aller Zusammenarbeit – konkurrierende Positionen zueinander, was insbesondere die Themeneignerschaft, die Führungsrolle und Umsetzungsaspekte bei den Regelungsbemühungen hinsichtlich PID betraf. Nicht zuletzt aufgrund dieser Auseinandersetzung ist eine Neuregelung von PID bislang nicht erfolgt.

Was die Frage der Bedeutungen von PID im Politikprozess betrifft, hat sich der Begriff des Designerbabys als zentrales Symbol herausgestellt, an dem sich die Bedeutungen von PID verdichteten. Obwohl praktisch alle AkteurInnen davon ausgehen, dass das Designerbaby derzeit medizintechnisch (noch) nicht machbar ist, kommt keiner der AkteurInnen umhin, sich zum Designerbaby in der einen oder anderen Weise verhalten zu müssen. Das Designerbaby fungiert als multivokaler Referenzpunkt, an dem sich sowohl positive wie negative Bewertungen von PID anknüpfen lassen. Diese drehen sich zum einen um das medizinische/technische Eingreifen in die körperliche Konstitution des gewünschten Kindes und zum anderen um das Verhindern von Kranksein, Sterben und Leiden.

Die Folgen der (zukünftigen) Umsetzung des Designerbabys werden zum einen hinsichtlich der gesellschaftlichen Konsequenzen gedacht, insbesondere in Bezug auf die Stellung von und den gesellschaftlichen Umgang mit behinderten Menschen und Behinderung. In diesem Zusammenhang befürchten PID-GegnerInnen eine weitere Stigmatisierung von behinderten Menschen, „Menschen nach Maß“ oder eine auf genetischer Verbesserung beruhende Zweiklassengesellschaft. Dem halten PID-BefürworterInnen die Verringerung von Leiden für Eltern und Kinder entgegen.

Zum anderen kreisen die Folgen des Designerbabys um die Frage der Verfügbarkeit des Embryos, die über den ontologischen, rechtlichen und moralischen Status des Embryos verhandelt wird. Dabei kommen Argumentationen zur Anwendung, die zum einen aus der

Diskussion um IVF und ART stammen (z. B. Herstellung von „überzähligen“ Embryonen, Künstlichkeit der menschlichen Fortpflanzung und das Recht auf ein Kind) und die zum anderen an die Pränatal- bzw. Abtreibungsdebatte anknüpfen (z. B. Lebensschutz, Eugenik und „Schwangerschaft auf Probe“). Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass die Idee des Embryos als eigenständige Entität reproduziert wird.

Beide „Wirkungsfelder“ des Symbols des Designerbabys – die gesellschaftlichen Implikationen von PID und ihre Auswirkungen auf den Embryo – sind eng an die IVF- bzw. Pränatal- und Abtreibungsdebatte geknüpft. Was hier und im Kontext von PID insbesondere über das Symbol des Designerbabys verhandelt wird, ist die Frage, welche Kinder wir haben wollen und was wir bereit sind, dafür zu tun. Letztendlich geht es darum, wer und was wir *selbst* sein wollen. In diesem Sinne ist Reproduktionstechnologiepolitik Teil einer Identitätspolitik.

6. Literatur

- Biegelbauer, Peter/Grießler, Erich (2009): „Politische Praktiken von MinisterialbeamtInnen im österreichischen Gesetzgebungsprozess“, in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaften, Nr. 1, S. 61–78.
- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004): „Stellungnahme der Bioethikkommission zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizin-gesetz (FMedG) geändert wird (FMedG-Nov 2004), Beschluss vom 10. März 2004“, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=1112>, Abruf: 15.1.2009.
- Bogner, Alexander (2004): *Partizipative Politikberatung am Beispiel der Bürgerinnenkonferenz 2003 (Analyse)*. Endbericht. Wien: Institut für Technikfolgen-Abschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- Bourret, Pascale/Koch, Gene/Stemerding, Dirk (1998): „DNA Diagnosis and the Emergence of Cancer-Genetic Services in European Health Care“, in: Wheale, Peter/von Schomberg, René et al. (Hg.): *The Social Management of Genetic Engineering*. Aldershot et al.: Ashgate, S. 117–138.
- Braun, Kathrin (2003): „Eine feministische Verteidigung des Menschenwürdeschutzes für menschliche Embryonen“, in: Graumann, Siegrid/Schneider, Ingrid (Hg.): *Verkörpernte Technik – Entkörpernte Frau: Biopolitik und Geschlecht*. Frankfurt a. M./New York: Campus, S. 152–164.
- Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz (Hg.) (1986): *Österreichische Enquete zum Thema: Familienpolitik und künstliche Fortpflanzung am 4. u. 5. Dez. 1985 in Wien, Palais Auersperg. Verant. v. Bundesminister für Familie, Jugend und Konsumentenschutz Gertrude Fröhlich-Sandner und Präsident des Österreichischen Rechtsanwaltskammertages Dr. Walter Schuppich*. Wien: Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Justiz (Hg.) (2001): *Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik: Enquete, verant. vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, November 2000*. Wien: Bundesministerium für Justiz.
- Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (Hg.) (1988): *Die ethische Herausforderung der modernen Gen- und Reproduktionstechnologie im menschlichen Bereich: Enquete, 17. Februar 1988, Palais Prinz Eugen*. Wien.
- (Hg.) (1989): *Ärzte und Betroffene zur künstlichen Fortpflanzung: Hearing, 22. November 1989, Radetzkystraße 2, 1030 Wien*. Wien.

- Dialog<>Gentechnik (2004): *Ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik (PID)*. Folder des Arbeitskreises „Ethik – Präimplantationsdiagnostik“, <http://www.dialog-gentechnik.at/index.php?id=105845>, Abruf: 10.1.2009.
- Düwell, M. (1999): „Präimplantationsdiagnostik: eine Möglichkeit genetischer Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive“, in: *Ethik in der Medizin*, Nr. 11, S. 4–15.
- Felt, Ulrike/Fochler, Maximilian/Strassnig, Michael (2003): *Evaluierung des „Diskurstag Gen-diagnostik“: Analyse der dialogischen Wechselwirkung zwischen Wissenschaft und verschiedenen Öffentlichkeiten*. Endbericht. Wien: Institut für Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung, Universität Wien.
- Fischl, Franz (2001). „Wissenschaftliche und therapeutische Kompetenz in der Fortpflanzungsmedizin – Anforderungen an den modernen Gesetzgeber“, in: Bundesministerium für Justiz (Hg.): *Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik: Enquete, veranst. vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, November 2000*. Wien: Bundesministerium für Justiz, S. 9–30.
- Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) – Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen sowie das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Ehegesetz und die Jurisdiktionsnorm geändert werden* (275. Bundesgesetz, ausgegeben am 4. Juni 1992, 105. Stück).
- Franklin, Sarah (1997): *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London: Routledge.
- Franklin, Sarah/Roberts, Celia (2006): *Born and made: An ethnography of Preimplantation Genetic Diagnosis*. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- Geiger, Katharina (2003): *Die höchstrichterliche Judikatur zum Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) und die dadurch aufgeworfenen zivilrechtlichen Probleme*. Dissertation, Universität Innsbruck.
- Gentechnikgesetz (GTG) – Bundesgesetz, mit dem Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen, das Freisetzen und Inverkehrbringen von gentechnisch veränderten Organismen und die Anwendung von Genanalysen und Gentherapie am Menschen geregelt werden (Gentechnikgesetz – GTG) und das Produkthaftungsgesetz geändert wird* (BGBl. Nr. 510/1994, ausgegeben am 12. Juli 1994, 158. Stück).
- Geraedts, Joep (2001): „Praeimplantation genetic diagnosis in Europe“, in: Bundesministerium für Justiz (Hg.): *Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik: Enquete, veranst. vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für soziale*

- Sicherheit und Generationen*, November 2000. Wien: Bundesministerium für Justiz, S. 31–44.
- Gmeiner, Robert (2004): „Präimplantationsdiagnostik: Der Bericht der österreichischen Bioethikkommission“, in: *Zeitschrift für Biopolitik*, Vol. 3, Nr. 3, S. 181–188.
- Goggin, Malcolm L./Orth, Deborah A./Bleiklie, Ivar et al. (2004): „The Comparative Policy Design Perspective“, in: Bleiklie, Ivar/Goggin, Malcolm L. et al. (Hg.): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*. London: Routledge, S. 1–20.
- Grabner, Petra (1999): *Technik, Politik und Gesellschaft: Eine Untersuchung am Beispiel des österreichischen Gentechnikgesetzes*. Wien: Peter Lang.
- Graumann, Sigrid (2001): „Zur Problematik der Präimplantationsdiagnostik“, in: *Aus Politik und Zeitgeschehen*, Nr. 27, S. 17–25.
- (2002): „Präimplantationsdiagnostik – ein in jeder Hinsicht fragwürdiges Verfahren“, in: Brähler, Elmar/Stöbel-Richter, Yve et al. (Hg.): *Vom Stammbaum zur Stammzelle: Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 205–221.
- Grießler, Erich (2008): *Die Entwicklung des österreichischen Gentechnikgesetzes: Policy-Analyse im Hinblick auf die Genanalyse am Menschen und genetische Beratung*. Working Paper, Reihe Soziologie Nr. 90. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Hadolt, Bernhard (2005): *Reproduktionstechnologienpolitik in Österreich: Die Genese des Fortpflanzungsmedizingesetzes 1992 und die Rolle von ExpertInnen*. Working Paper, Reihe Soziologie Nr. 74. Wien: Institut für Höhere Studien.
- (2007): „Die Genese der Reproduktionstechnologienpolitik in Österreich: Überlegungen zum Politiklernen in neuen Politikfeldern“, in: *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft*, Vol. 36, Nr. 3, S. 285–302.
- Hadolt, Bernhard/Lengauer, Monika (2003): *Kinder-Machen: Eine ethnographische Untersuchung zur Handhabung von ungewollter Kinderlosigkeit und den Neuen Reproduktionstechnologien durch betroffene Frauen und Männer in Österreich*. Dissertation, Universität Wien.
- (2009): *Genetische Beratung in der Praxis: Herausforderungen bei präsymptomatischer Gendiagnostik am Beispiel Österreichs*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Hager, Mariella/Grießler, Erich (2008): „Vorläufige Dimensionen des Begriffs ‚images of human life‘.“ Nicht publiziertes Manuskript. Wien: Institut für Höhere Studien.

- Hengstschläger, Markus (2006): „Präimplantationsdiagnostik: Der aktuelle Stand“, in: *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*, Vol. 24, Nr. 1, S. 9–14.
- Hopf, Gerhard (1990): „Auf dem Weg zu einer gesetzlichen Regelung in Österreich“, in: Floimair, Roland (Hg.): *Fortpflanzungsmedizin im Spannungsfeld, Symposium/St. Virgil, 10./11. Mai 1990*. Salzburg: Schriftenreihe des Landespressebüros, S. 57–66.
- Hörning, Karl H. (2001): *Experten des Alltags: Die Wiederentdeckung des praktischen Wissens*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Kaufmann, Sharon R./Morgan, Lynn M. (2005): „The anthropology of the beginnings and ends of life“, in: *The Annual Review of Anthropology*, Vol. 34, Nr. 3, S. 317–341.
- Kerschner, Ferdinand/ Lang, Eva Claudia/Satzinger, Gabriele et al. (2007): *Kommentar zum Gentechnikgesetz*. Wien: Manz.
- Koch, Hans-Georg (2001): „Fortpflanzungsmedizin im europäischen Rechtsvergleich“, in: Bundesministerium für Justiz (Hg.): *Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik: Enquete, veranst. vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, November 2000*. Wien: Bundesministerium für Justiz, S. 45–70.
- Kollek, Regine (2000): *Präimplantationsdiagnostik: Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht*. Tübingen et al.: Francke.
- Kollek, Regine/Lemke, Thomas (2008): *Der medizinische Blick in die Zukunft: Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Körtner, Ulrich H. J. (2001): „Menschenwürde und Embryonenschutz – Ethische Probleme der Reproduktionsmedizin“, in: Bundesministerium für Justiz (Hg.): *Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik: Enquete, veranst. vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, November 2000*. Wien: Bundesministerium für Justiz, S. 71–98.
- (2003): „Embryonenschutz und Biomedizin – eine Zwischenbilanz der bioethischen Debatte“, in: Körtner, Ulrich H. J./Kopetzki, Christian (Hg.): *Embryonenschutz – Hemmschuh für die Biomedizin?* Wien: Manz, S. 169–173.
- Krones, Tanja/Richter, Gerd (2004): „Preimplantation genetic diagnosis (PGD): European perspectives and the German situation“, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 29, Nr. 5, S. 623–640.

- Kulnik, Rosalia (2001): *Reproduktionstechnologie und Humangenetik im Lichte ethischer Diskussionen: Eine philosophische Untersuchung unter Einbeziehung der medizinischen und rechtlichen Aspekte*. Dissertation, Universität Wien.
- Lederhilger, Severin J., Hg. (2002): *Lasst uns Menschen machen: Theologie und molekulare Medizin; Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2001*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Lehner, Daniel (2009): *Anordnung der „Images of Human Life“ in der politischen Domäne Österreichs in den 70er/80er Jahren – am Beispiel der Fristenregelungsdebatte*. Projektbericht. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Mayring, Philipp (2003 [1983]): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mieth, Dietmar (1999): „Präimplantationsdiagnostik im gesellschaftlichen Kontext: eine sozialetische Perspektive“, in: *Ethik in der Medizin*, Nr. 11, S. 77–86.
- Nationalrat (1999): „Antrag der Abgeordneten Klara Motter und Genossen betreffend Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes.“ BGBl.Nr. 275/1992, Initiativantrag eingebracht am 20.1.1999.
- (2004): „Bürgerinitiative betreffend ‚Für Menschenwürde und gegen Experimente mit dem Leben‘“. 18/BI (XXII. GP), eingelangt am 5.7.2004, http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXII/BI/BI_00018/fname_036289.pdf, Abruf: 27.1.2009.
- (2005a): „Dritter Bericht der Gentechnikkommission gemäß § 99 Abs. 5 des Gentechnikgesetzes, vorgelegt von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur.“ III-127 d. B. (XXII. GP) – Bericht – Hauptdokument, http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXII/III/III_00127/fname_037716.pdf, Abruf: 3.9.2008.
- (2005b): „Ministerialentwurf betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Gentechnikgesetz geändert wird.“ 327/ME (XXII. GP), http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXII/ME/ME_00327/imfname_047049.pdf, Abruf: 7.7.2008.
- (2005c): „Stenographisches Protokoll. 125. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich (XXII. GP), Mittwoch, 19.10.2005“, Wien, S. 111–120. http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXII/NRSITZ/NRSITZ_00125/pmh.shtml, Abruf: 3.9.2008.
- (2008): „Vierter Bericht der Gentechnikkommission gemäß § 99 Abs. 5 des Gentechnikgesetzes, vorgelegt von der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung.

III-166 d.B. (XXIII. GP).“ http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/III/III_00166/fname_143127.pdf, Abruf: 16.1.2009.

Novelle des Gentechnikgesetzes (GTG) – Bundesgesetz, mit dem das Gentechnikgesetz geändert wird (BGBl. Nr. 127/2005, ausgegeben am 18. November 2005).

Österreichische Bischofskonferenz (2001): „Erklärungen der Österreichischen Bischofskonferenz Herbst 2001 von 6.–8. Nov. 2001 in Wien, Punkt 8 ‚Bioethik‘“, http://www.kathpress.at/site/article_list.siteswift?do=all&c=gotosection&d=site%2Fdokumente%2Ferklaerungen%2F2001#herbst01, Abruf: 25.1.2009.

Reckwitz, Andreas (2002): „Toward a theory of social practices: A development in culturalist theorizing“, in: *European Journal of Social Theory*, Vol. 5, Nr. 2, S. 243–263.

Rheinberger, Hans-Jörg (2000): „Beyond Nature and Culture: Modes of Reasoning in the Age of Molecular Biology and Medicine“, in: Lock, Margaret/Young, Allan et al. (Hg.): *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 19–30.

Rose, Nikolas (2001): „The politics of life itself“, in: *Theory, Culture & Society*, Vol. 18, Nr. 6, S. 1–30.

Sabatier, Paul A. (1993): „Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Polity-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik“, in: Héri-tier, Adrienne (Hg.): *Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung*. PVS-Sonderheft 24. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 116–148.

Sabatier, Paul A./Jenkins-Smith, Hank C. (1999): „The Advocacy Coalition Framework: An Assessment“, in: Sabatier, Paul A. (Hg.): *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, S. 117–166.

Satzinger, Gabriele (2006): „Genetische Analysen: Die Rechtslage in Österreich“, in: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, Vol. 7, Nr. 4, S. 14–18.

Schatzki, Theodore R. (1996): *Social Practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*. Cambridge: Cambridge University Press.

— (2002): *The Site of the Social: A Philosophical Account of the Constitution of Social Life and Change*. University Park: Pennsylvania State University Press.

Schultz, Susanne/Braun, Kathrin/Grießler, Erich (2007): *The Governance of Genetic Testing: A Non-Antagonistic Setting, „Authentic Publics“ and Moments of Unease*. Report des EU-Projekts „Participatory Governance and Institutional Innovation“. http://www.univie.ac.at/LSG/paganini/finals_pdf/WP3_FinalReport.pdf, Abruf: 17.2.2009.

- Seifert, Franz (2002): *Gentechnik – Öffentlichkeit – Demokratie: Der österreichische Gentechnik-Konflikt im internationalen Kontext*. München, Wien: Profil.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996 [1990]): *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Turner, Victor (1974): *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Ithaca: Cornell University Press.
- Waneck, Reinhart (2001): „Eröffnung“, in: Bundesministerium für Justiz (Hg.): *Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik: Enquete, veranst. vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, November 2000*. Wien: Bundesministerium für Justiz, S. 2–7.
- Weikert, Aurelia (1996): *Künstliche Fortpflanzungstechnologien und Verhütungsmittel – ein seltsames Paar?: Bevölkerungspolitik von zwei Seiten beleuchtet. Eine engagierte Herausforderung für die Ethnologie*. Dissertation, Universität Wien.
- Weikert, Aurelia/Riegler, Johanna/Trallori, Lisbeth N. (Hg.) (1989 [1987]): *Schöne neue Männerwelt: Beiträge zu Gen- und Fortpflanzungstechnologien*. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
- Winkler, Ute (1992): *Die „individualisierte“ Unfruchtbarkeit der Frauen: Zur Vernetzung von ungewollter Kinderlosigkeit mit humanmedizinischen Reproduktionstechnologien*. Dissertation, Universität Klagenfurt.
- Ziegler, Uta (2004): *Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland: Ethische, rechtliche und praktische Probleme*. Frankfurt a. M.: Campus.

7. Anhang

7.1 Abkürzungsverzeichnis

ART	assistierte Reproduktionstechnologien
BEK	Bioethikkommission des Bundeskanzlers
BM	Bundesministerium
BMfGSK	Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMJ	Bundesministerium für Justiz
GTK	Gentechnikkommission
ICSI	intracytoplasmatische Spermieninjektion
IVF	In-vitro-Fertilisation
ÖAR	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
OEGRM	Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie
RV	Regierungsvorlage
WAGG	Wissenschaftlicher Ausschuss zu Genanalyse und Gentherapie am Menschen

7.2 Interviews

(Alle Interviews wurde vom Autor im Zeitraum September bis November 2008 durchgeführt.)

Interview 1 [I1]:	Beamtin des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen
Interview 2 [I2]:	Beamter des Bundesministeriums für Justiz
Interview 3 [I3]:	zwei Vertreterinnen einer Behinderten- bzw. Lebensschutzorganisation
Interview 4 [I4]:	Vertreterin einer Behindertenorganisation
Interview 5 [I5]:	Mitglied der „Bioethikkommission des Bundeskanzlers“
Interview 6 [I6]:	Mitglied der „Ethikkommission FÜR die Bundesregierung“
Interview 7 [I7]:	Politiker
Interview 8 [I8]:	Vertreter einer Interessenorganisation für Humangenetik

7.3 Stellungnahmen zum Ministerialentwurf der Novellierung des GTG 2005

- 1/SN-327/ME: Rechnungshof
- 2/SN-327/ME: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR)
- 3/SN-327/ME: Lebenshilfe Österreich
- 4/SN-327/ME: Medizinische Universität Innsbruck
- 5/SN-327/ME: Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki, Universität Wien
- 6/SN-327/ME: Univ.-Doz. Dr. med. Walter-Michael Halbmayer
- 7/SN-327/ME: Amt der Vorarlberger Landesregierung
- 8/SN-327/ME: Österreichische Bischofskonferenz
- 9/SN-327/ME: Österreichische Ärztekammer
- 10/SN-327/ME: Amt der Tiroler Landesregierung
- 11/SN-327/ME: Amt der Salzburger Landesregierung
- 12/SN-327/ME: Österreichischer Städtebund
- 13/SN-327/ME: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
- 14/SN-327/ME: Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst
- 15/SN-327/ME: BM für Justiz
- 16/SN-327/ME: Aktion Leben Österreich
- 17/SN-327/ME: Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie
- 18/SN-327/ME: Österreichischer Rechtsanwaltskammertag
- 19/SN-327/ME: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung

- 20/SN-327/ME: Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck
- 21/SN-327/ME: Amt der Wiener Landesregierung
- 22/SN-327/ME: Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte
- 23/SN-327/ME: Amt der Vorarlberger Landesregierung
- 24/SN-327/ME: IMABE – Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik
- 25/SN-327/ME: Univ.-Prof. Dr. Ulrich Körtner, Universität Wien
- 26/SN-327/ME: BM für Finanzen
- 27/SN-327/ME: BM für Finanzen

Author: Bernhard Hadolt

Title: Präimplantationsdiagnostik als Regelungsgegenstand österr. Reproduktionstechnologiepolitik

Reihe Soziologie / Sociological Series 91

Editor: Beate Littig

Associate Editor: Susanne Haslinger

ISSN: 1605-8011

© 2009 by the Department of Sociology, Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
